

Sonderdruck aus:

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Christian Brinkmann, Peter Potthoff

Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase
der Arbeitslosigkeit

16. Jg./1983

4

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB)

Die MittAB verstehen sich als Forum der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Es werden Arbeiten aus all den Wissenschaftsdisziplinen veröffentlicht, die sich mit den Themen Arbeit, Arbeitsmarkt, Beruf und Qualifikation befassen. Die Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift sollen methodisch, theoretisch und insbesondere auch empirisch zum Erkenntnisgewinn sowie zur Beratung von Öffentlichkeit und Politik beitragen. Etwa einmal jährlich erscheint ein „Schwerpunktheft“, bei dem Herausgeber und Redaktion zu einem ausgewählten Themenbereich gezielt Beiträge akquirieren.

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Das Manuskript ist in dreifacher Ausfertigung an die federführende Herausgeberin Frau Prof. Jutta Allmendinger, Ph. D.
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
90478 Nürnberg, Regensburger Straße 104
zu senden.

Die Manuskripte können in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden, sie werden durch mindestens zwei Referees begutachtet und dürfen nicht bereits an anderer Stelle veröffentlicht oder zur Veröffentlichung vorgesehen sein.

Autorenhinweise und Angaben zur formalen Gestaltung der Manuskripte können im Internet abgerufen werden unter http://doku.iab.de/mittab/hinweise_mittab.pdf. Im IAB kann ein entsprechendes Merkblatt angefordert werden (Tel.: 09 11/1 79 30 23, Fax: 09 11/1 79 59 99; E-Mail: ursula.wagner@iab.de).

Herausgeber

Jutta Allmendinger, Ph. D., Direktorin des IAB, Professorin für Soziologie, München (federführende Herausgeberin)
Dr. Friedrich Buttler, Professor, International Labour Office, Regionaldirektor für Europa und Zentralasien, Genf, ehem. Direktor des IAB
Dr. Wolfgang Franz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Mannheim
Dr. Knut Gerlach, Professor für Politische Wirtschaftslehre und Arbeitsökonomie, Hannover
Florian Gerster, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit
Dr. Christof Helberger, Professor für Volkswirtschaftslehre, TU Berlin
Dr. Reinhard Hujer, Professor für Statistik und Ökonometrie (Empirische Wirtschaftsforschung), Frankfurt/M.
Dr. Gerhard Kleinhenz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Passau
Bernhard Jagoda, Präsident a.D. der Bundesanstalt für Arbeit
Dr. Dieter Sadowski, Professor für Betriebswirtschaftslehre, Trier

Begründer und frühere Mitherausgeber

Prof. Dr. Dieter Mertens, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl Martin Bolte, Dr. Hans Büttner, Prof. Dr. Dr. Theodor Ellinger, Heinrich Franke, Prof. Dr. Harald Gerfin, Prof. Dr. Hans Kettner, Prof. Dr. Karl-August Schäffer, Dr. h.c. Josef Stingl

Redaktion

Ulrike Kress, Gerd Peters, Ursula Wagner, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB), 90478 Nürnberg, Regensburger Str. 104, Telefon (09 11) 1 79 30 19, E-Mail: ulrike.kress@iab.de; (09 11) 1 79 30 16, E-Mail: gerd.peters@iab.de; (09 11) 1 79 30 23, E-Mail: ursula.wagner@iab.de; Telefax (09 11) 1 79 59 99.

Rechte

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und unter genauer Quellenangabe gestattet. Es ist ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet, fotografische Vervielfältigungen, Mikrofilme, Mikrofotos u.ä. von den Zeitschriftenheften, von einzelnen Beiträgen oder von Teilen daraus herzustellen.

Herstellung

Satz und Druck: Tümmels Buchdruckerei und Verlag GmbH, Gundelfinger Straße 20, 90451 Nürnberg

Verlag

W. Kohlhammer GmbH, Postanschrift: 70549 Stuttgart; Lieferanschrift: Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart; Telefon 07 11/78 63-0; Telefax 07 11/78 63-84 30; E-Mail: waltraud.metzger@kohlhammer.de, Postscheckkonto Stuttgart 163 30. Girokonto Städtische Girokasse Stuttgart 2 022 309. ISSN 0340-3254

Bezugsbedingungen

Die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ erscheinen viermal jährlich. Bezugspreis: Jahresabonnement 52,- € inklusive Versandkosten; Einzelheft 14,- € zuzüglich Versandkosten. Für Studenten, Wehr- und Ersatzdienstleistende wird der Preis um 20 % ermäßigt. Bestellungen durch den Buchhandel oder direkt beim Verlag. Abbestellungen sind nur bis 3 Monate vor Jahresende möglich.

Zitierweise:

MittAB = „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ (ab 1970)
Mitt(IAB) = „Mitteilungen“ (1968 und 1969)
In den Jahren 1968 und 1969 erschienen die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ unter dem Titel „Mitteilungen“, herausgegeben vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.

Internet: <http://www.iab.de>

Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit

Christian Brinkmann, Peter Potthoff*)

Mitte November 1981 hat das IAB eine repräsentative Stichprobe von deutschen Arbeitslosen gezogen und wenige Wochen danach befragt. Bei Arbeitslosen im Alter von 25 oder mehr Jahren wurde – neben und in Verbindung mit den im Vordergrund stehenden Problemen der beruflichen Wiedereingliederung – auch der Gesundheitszustand ausführlich thematisiert, um mögliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu erfassen. Dabei konnte u. a. auf Indikatoren zur subjektiven Gesundheit, die vom Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) entwickelt worden waren, sowie auf Vergleichsdaten von Erwerbstätigen zurückgegriffen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen erkennen, daß der *physische Gesundheitszustand* von Arbeitslosen in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit entgegen den ursprünglichen Erwartungen im Durchschnitt nicht schlechter, in Teilgruppen sogar etwas besser ist als der von vergleichbaren Erwerbstätigen. Auch sind die Gründe hierfür deutlich erkennbar. Ein Teil der Arbeitslosen hat zuletzt auf einem gesundheitlich belastenden Arbeitsplatz gearbeitet, Arbeitslosigkeit bedeutet insbesondere für diese Arbeitslosen im Hinblick auf die physische Gesundheit zumindest zunächst auch Entlastung und Erleichterung. Dies kompensiert – und überkompensiert teilweise – gesundheitliche Belastungen, die aus der Arbeitslosensituation selbst herrühren.

Anders sieht es im Hinblick auf die *psychische Gesundheit* von Arbeitslosen aus. Hierauf nehmen offenbar finanzielle Probleme Einfluß, mehr noch mit der Arbeitslosigkeit verbundene psycho-soziale Belastungen, weniger dagegen der Arbeitslosigkeit vorgelagerte demographische und berufsbiographische Faktoren. Dies macht verständlich, warum Arbeitslose schon in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit im Durchschnitt ein etwas schlechteres psychisches Befinden erkennen lassen als Erwerbstätige.

Naheliegende und auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aufzeigbare Zusammenhänge zwischen physischer und psychischer Gesundheit lassen erwarten, daß – in dynamischer Betrachtung – als Folge langanhaltender oder wiederholter Arbeitslosigkeit auch das körperliche Wohlbefinden zumindest bei einem Teil der Arbeitslosen wesentlich beeinträchtigt wird. Hierauf wird in nachfolgenden Untersuchungsschritten noch einzugehen sein.

Gliederung

1. Einleitung
 - 1.1 Zum Stand der Forschung über den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit
 - 1.2 Zur vorliegenden repräsentativen Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen
2. Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes
3. Zur körperlichen Gesundheit von Arbeitslosen
4. Zur psychischen Gesundheit von Arbeitslosen
5. Zusammenfassung und Ausblick

1. Einleitung

1.1 Zum Stand der Forschung über den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Wie die seit September 1973 regelmäßig durchgeführten Strukturserhebungen bei Arbeitslosen erkennen lassen, weist ein großer Teil der Arbeitslosen gesundheitliche Einschränkungen auf: Der entsprechende Anteil erreichte 1979/80 mit rund einem Drittel (bei Männern sogar über 40%) seinen bisherigen Höhepunkt. Mit dem seither zu beobachtenden rapiden Anstieg der Arbeitslosenzahlen ist dieser Anteil (nicht jedoch die absolute Zahl der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen) wieder zurückgegangen (im September 1982 waren es nur noch 21%). Wie die Zeit nach

der Rezession 1974/75 gezeigt hat, muß mit einem erheblichen Wiederanstieg gerechnet werden, wenn weniger die Neuzugänge als vielmehr vor allem die Abgänge aus der Arbeitslosigkeit (und damit die unterschiedlichen Wiedereingliederungschancen einzelner Gruppen von Arbeitslosen) das Bild der Arbeitslosigkeit prägen.¹⁾

Grundsätzlich kann ein überproportionaler Anteil von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Problemen begründet sein in

- negativen Selektionsprozessen beim Verlust des Arbeitsplatzes bzw. beim Eintritt in die Arbeitslosigkeit,
- negativen Selektionsprozessen bei der beruflichen (Wieder-)eingliederung und/oder
- Auswirkungen der Arbeitslosigkeit selbst auf die Gesundheit, wobei auch Wechselwirkungen (z. B. Verstärkung bzw. Aktualisierung bereits vorliegender gesundheitlicher Probleme durch Arbeitslosigkeit) denkbar sind.

Wie die erwähnten Schwankungen der Anteilswerte von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen im konjunkturellen Verlauf schon andeuten, spielen entsprechende Selektionsprozesse zu Beginn der Arbeitslosigkeit (bzw. beim Aufbau der Arbeitslosigkeit) offenbar keine entscheidende Rolle. Bei den *Zugängen* in die Arbeitslosigkeit ist der Anteil derjenigen, die beim Arbeitsamt (die Vermittlung zumindest tangierende) gesundheitliche Einschränkungen angeben, beträchtlich niedriger (Mai/Juni 1983:13%) als bei den Beständen von Arbeitslosen; dies war auch in den vergangenen Jahren so. Von Bedeutung dürften hier insbesondere auch die besonderen Kündigungsschutzbestimmungen für Ältere und schwerbehinderte Arbeitnehmer sein. Auch die vorliegende Verlaufsuntersuchung liefert Anhaltspunkte dafür, daß gesundheitliche Einschränkungen insgesamt jedenfalls wohl nicht zu einem (stark) überproportionalen Zugang in die Arbeitslosigkeit führen.²⁾

*) Christian Brinkmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im IAB. Dr. Peter Potthoff ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung m. b. H., München. Der Beitrag liegt in der alleinigen Verantwortung der Autoren.

¹⁾ Vgl. Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA), zuletzt H. 3, 1983.

²⁾ Vgl. Tab. 1b.

Demgegenüber sind gesundheitliche Einschränkungen (neben und in Verbindung mit höherem Alter) ein zentrales Selektionskriterium bei der *beruflichen Wiedereingliederung* von Arbeitslosen. Dies wird sowohl durch die höhere Dauer der Arbeitslosigkeit im Falle solcher Einschränkungen belegt³⁾, als auch durch die aus repräsentativen Sonderuntersuchungen stammenden Informationen zum Verbleib von Arbeitslosen.⁴⁾ Hierauf wird zwar auch im Rahmen der vorliegenden Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen vertieft eingegangen,⁵⁾ Wiedereingliederungschancen sind jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Ausführungen.

Im folgenden geht es um den dritten Aspekt, die (möglichen) *Auswirkungen der Arbeitslosigkeit selbst* auf die Gesundheit. Er spielt in der öffentlichen Diskussion bislang noch kaum eine Rolle. Auch explizit darauf angesprochene öffentliche Institutionen (Ministerien, Parteien, Verbände) lassen hier ein deutliches Defizit an Problembewußtsein erkennen,⁶⁾ obwohl es sich um einen Bereich handelt, dem angesichts der hohen und auf mittlere Sicht möglicherweise noch weiter ansteigenden Arbeitslosigkeit⁷⁾ sicher eine große Bedeutung zukommt.

Hierfür sprechen nicht nur einige erste, in den letzten Jahren veröffentlichte Forschungsergebnisse aus der Bundesrepublik selbst,⁸⁾ sondern vor allem auch internationale Erfahrungen insbesondere in Ländern mit schon länger anhaltender hoher Arbeitslosigkeit, wie den USA und Großbritannien. Der dort erreichte Forschungsstand wurde in mehreren wissenschaftlichen Arbeitstagen, koordiniert und unterstützt durch die Weltgesundheitsorganisation (WGO), Regionalbüro für Europa, aufgearbeitet, zuletzt 1981 in München (veranstaltet vom Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung – MEDIS – der Gesellschaft für Strahlen und Umweltforschung m. b. H. München)⁹⁾ und 1982 in Leeds, Großbritannien.

Ein von der WGO herausgegebener Kurzbericht über den Stand der einschlägigen Forschung ist im Anhang enthalten.¹⁰⁾ Demnach kann kein Zweifel darüber bestehen, daß Arbeitslosigkeit vielfältige gesundheitliche Schäden zur Folge haben kann, nicht nur bei den Arbeitslosen selbst, sondern auch – wie die WGO hervorhebt – bei (noch) Erwerbstätigen und auch bei Familienangehörigen von Arbeitslosen. Es bleiben auch viele Fragen offen: Insbesondere ist zu beachten, daß wegen der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme sowie sonstigen sozialen, wirtschaft-

lichen, politischen und kulturellen Gegebenheiten Ergebnisse aus einem Land nicht ohne weiteres auf ein anderes übertragbar sind.

1.2 Zur vorliegenden repräsentativen Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen

Mitte November 1981 hat das IAB in 25 repräsentativ ausgewählten Arbeitsämtern eine Stichprobe von rund 8000 deutschen Arbeitslosen (Zugänge)¹¹⁾ gezogen, vor allem um nähere Anhaltspunkte über arbeitsmarktliche Risikofaktoren, Vermittlungsschwierigkeiten und den Einsatz arbeitsmarktpolitischer Instrumente zu erhalten. Diese Arbeitslosen wurden wenige Wochen später in drei Teilstichproben teils mündlich, teils schriftlich befragt. Ergänzende Informationen stammen aus den Arbeitsämtern selbst (zur Zeit der Arbeitslosmeldung und ein Jahr danach). Eine Wiederholungsbefragung der gleichen Personen wurde ca. 1/2 Jahre nach dem Zugang durchgeführt; deren Ergebnisse werden zur Zeit noch aufbereitet. Hier geht es zunächst, auf der Basis der Erstbefragung und der beim Zugang vom Arbeitsamt erhaltenen Daten, um die Belastungen in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit. Die Ausführungen beschränken sich auf die Teilgruppe der (deutschen) Arbeitslosen im Alter von 25 Jahren oder mehr, die u. a. ausführlich über ihren Gesundheitszustand befragt wurden.

Im Gegensatz zu sogenannten „Makrostudien“ handelt es sich hier um eine „Mikrostudie“. Diese haben u. a. den Vorteil, eine Vielzahl von Einflüssen und intervenierenden Variablen, die speziell für den Untersuchungszweck erhoben werden, analysieren zu können. Sie können, wie auch Schwefel herausstellt,¹²⁾ zeitreihenanalytische Makrostudien z. B. über den Zusammenhang von Arbeitslosenquoten (bzw. ökonomischer Instabilität) und verschiedenen Kennziffern für Morbidität wie Mortalitätsraten, Einweisungen in psychiatrische Anstalten u. a. keinesfalls ersetzen, wohl aber sinnvoll ergänzen.

Auch im Hinblick auf die genannte primäre Fragestellung enthält die vorliegende Untersuchung eine große Zahl von demographischen, berufsbiographischen und arbeitslosigkeitsbezogenen Variablen. Soweit sie im vorliegenden Zusammenhang (vermuteter Einfluß auf Gesundheit) in die Analyse einbezogen wurden, sind sie in Tab. 4 – untergliedert nach einigen groben Merkmalskomplexen – aufgeführt.¹³⁾ Die im Text zur Verdeutlichung angegebenen Variablen-Nummern beziehen sich ebenfalls auf Tab. 4.

Die in der Untersuchung vor allem verwendeten *Indikatoren zum subjektiven Gesundheitszustand* wurden von MEDIS speziell für den Gebrauch im Rahmen von Breitenbefragungen entwickelt. Sie werden im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

Die Fragen zu *psychosozialen Belastungen* während der Arbeitslosigkeit (Variablen 35-44) sind die gleichen, die in der ersten Arbeitslosen-Verlaufsuntersuchung des IAB (1974/76) Verwendung fanden.¹⁴⁾ Aus den Auswertungen wurde allerdings eine Aussage herausgenommen („Ich kam mir manchmal richtig überflüssig vor“), weil hier eine Überschneidung mit der neu eingeführten Skala zur psychischen Balance (s. u.) besteht.

Der *letzte Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit* wird in einer Reihe von Dimensionen beschrieben (Variablen 16 bis 27), wobei subjektive Einschätzungen zum Zusammenhang mit der Gesundheit (Wie fühlten Sie sich damals nach der

³⁾ ANBA 3, 1983; Karr 1979; Schettkat, Semlinger 1982.

⁴⁾ Brinkmann, Schober 1976; Brinkmann 1978; v. Rosenblatt, Büchtemann 1980; Brinkmann 1983.

⁵⁾ Brinkmann, Schober 1983; Brinkmann 1983.

⁶⁾ Thomann 1983.

⁷⁾ Quintessenzen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (QuintAB) 1, 2. Nachtrag „Perspektiven 1980-2000“, 1982.

⁸⁾ Büchtemann, v. Rosenblatt 1981; Thomann 1978.

⁹⁾ John, Schwefel, Zöllner 1983.

¹⁰⁾ Vgl. auch die resümierende Darstellung von Schwefel 1983.

¹¹⁾ Bei der Arbeitslosmeldung im Arbeitsamt.

¹²⁾ Schwefel 1983.

¹³⁾ Bei der Untersuchung handelt es sich um ein Panel mit Wiederholungsbefragung der gleichen Person. Die Zweitbefragung von Arbeitslosen enthält ergänzende Informationen nicht nur zum Gesundheitszustand der Arbeitslosen (der in gleicher Weise wie in der Erstbefragung erhoben wurde und damit einen Zeitvergleich auf individueller Basis ermöglicht), sondern auch zu weiteren Hintergrundinformationen. Außerdem besteht die Absicht, im Sinne einer „Mehrebenenstudie“ auch Variablen mit einzubeziehen, die sich auf die ökonomischen Bedingungen der relevanten Teilarbeitsmärkte beziehen (lokale und qualifikationsspezifische Arbeitslosenquoten und deren Veränderung, weitere regionalspezifische Struktur faktoren).

¹⁴⁾ Brinkmann 1976; Schober 1978.

Arbeit? Waren Sie abends in der Regel sehr, ziemlich, etwas, überhaupt nicht abgespannt? Belastete Sie damals die Arbeit gesundheitlich?¹⁵⁾ quasi-objektive Informationen über *Arbeitsanforderungen*, wie sie auch schon in anderen Untersuchungen verwendet wurden,¹⁶⁾ ergänzen sollten. Insgesamt wurden 16 einzelne Anforderungsarten ausgewählt und additiv zu einem Gesamtindex verarbeitet (Variable 25; Antwortvergaben: „häufig“, „selten“, „nie“):

- 1 Nacharbeit/Schichtarbeit
- 2 Akkord- oder Stückarbeit
- 3 Körperlich schwere Arbeit
- 4 Geistige Anspannung, ständige Konzentration
- 5 Zeitdruck, hohes Arbeitstempo, Streß, Hetze
- 6 Eintönigkeit, keine interessante Tätigkeit
- 7 Unbequeme, verkrampfte Körperhaltung
- 8 Unfallgefahr
- 9 Lärm
- 10 Wind und Wetter, Nässe, Kälte und Hitze
- 11 Verunreinigte Luft, Dämpfe, Gase, Schmutz
- 12 Arbeitsdurchführung bis in alle Einzelheiten vorge-schrieben
- 13 Mitarbeiter anleiten
- 14 Schlechtes Betriebsklima
- 15 Ärger mit Vorgesetzten
- 16 Überstunden

In Tab. 4 sind zusätzlich zum Gesamtindex nur noch die Einzelforderungen (sowie ein Teilindex) aufgeführt, die den vergleichsweise stärksten Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit aufweisen. Ergänzend wurden anhand der Ergebnisse einer Faktorenanalyse 13 Einzelstatements zu 5 Indizes verarbeitet: „Körperlich belastende Arbeit“¹⁷⁾, „Betriebsklima“¹⁸⁾, „geistige Anspannung“¹⁹⁾, „Monotonie“²⁰⁾ und „Schädliche Umgebungseinflüsse“²¹⁾

Zur Messung der *Berufsorientierung* wurden nach Fröhlich von den Befragten folgende 6 Aussagen in eine Rangreihe gebracht und entsprechend zu einem Index verarbeitet:²²⁾

- Ein Beruf, in dem man sich voll einsetzen kann
- Möglichst viel Freizeit für seine Familie haben
- Geselligkeit mit Freunden und Bekannten
- Erfolg und Anerkennung im Beruf
- Viel Freizeit für eigene Interessen haben
- Seine Anlagen im Beruf verwirklichen können

¹⁵⁾ Die beiden genannten Fragen wurden in Anlehnung an die Sozialwissenschaftliche Arbeitsgruppe (WAL), 1978, formuliert.

¹⁶⁾ Infratest Sozialforschung, Infratest Wirtschaftsforschung, Dr. Werner Sörgel 1978; v. Rosenblatt, Brinkmann 1980; Bundesinstitut für Berufsbildungsforschung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.) 1981.

Lt. DIN-Norm sind „Arbeitsbelastungen“ (Einflüsse auf den Menschen) von „Arbeitsbeanspruchungen“ (Auswirkungen der Arbeitsbelastungen im Menschen in Abhängigkeit von seinen Eigenschaften und Fähigkeiten) zu unterscheiden. Umgangssprachlich (und damit auch im Rahmen von Umfragen) verwischen jedoch beide Aspekte. Im folgenden wird von „Arbeitsanforderungen“ gesprochen, wenn es sich um die Einschätzung von „Arbeitsbelastungen“ im Sinne der DIN-Norm durch die Betroffenen handelt.

¹⁷⁾ Nr. 3, 8, 10 der aufgeführten Arbeitsanforderungen.

¹⁸⁾ Nr. 14 und 15 der aufgeführten Arbeitsanforderungen.

¹⁹⁾ Nr. 4, 5 und 13 der aufgeführten Arbeitsanforderungen.

²⁰⁾ Nr. 2, 6 und 7 der aufgeführten Arbeitsanforderungen.

²¹⁾ Nr. 9 und 11 der aufgeführten Arbeitsanforderungen.

²²⁾ Fröhlich 1983. Entgegen den Erwartungen haben sich nur schwache Zusammenhänge zwischen der Berufsorientierung der Arbeitslosen und gesundheitlichen Problemen in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit ergeben (s. u., Tab. 4).

²³⁾ So wird z. B. aus methodischen Gründen im National Health Survey der USA zu den meisten Gesundheitsfragen nur ein 14-Tage-Bezugszeitraum verwendet. Vgl. auch Cannel, C. F. 1977.

Es ist das erste Mal, daß im Rahmen einer repräsentativen Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen in der Bundesrepublik auch die Eingangsphase der Arbeitslosigkeit beleuchtet wird, ohne daß Erinnerungsprobleme eine größere Rolle spielen könnten. Eine Information über den Gesundheitszustand der Arbeitslosen – für die Vermittlung relevante gesundheitliche Einschränkungen (Variable 15) – wurde bereits unmittelbar zur Zeit der Arbeitslosmeldung im Arbeitsamt festgehalten.

Der Zeitpunkt der Erstbefragung (5-6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit) hat allerdings zur Folge, daß mögliche *vorübergehende*, schockartige Gesundheitsstörungen bei Eintritt der Arbeitslosigkeit außer Betracht bleiben müssen.

Um den Einfluß der Arbeitslosigkeit selbst von anderen Einflüssen auf die Gesundheit zu trennen, ist der aus organisatorischen Gründen festgelegte Zeitpunkt der Erstinterviews auch aus einem anderem Grunde nicht als besonders günstig anzusehen:

An sich wünschenswert wären Vergleichsinformationen über den Gesundheitszustand schon *vor* Beginn der Arbeitslosigkeit, möglichst sogar schon vor dem Zeitpunkt, von dem an mit der Arbeitslosigkeit gerechnet werden mußte. Wegen erheblichen Verzerrungen in der Wahrnehmung ist es nicht vertretbar, solche Informationen über einen längeren Zeitraum retrospektiv abzufragen.²³⁾

Andererseits war es aus forschungspraktischen Gründen ausgeschlossen, eine repräsentative Arbeitslosenstichprobe schon vor Eintritt der Arbeitslosigkeit zu ziehen. Hier werden deshalb, wie im nächsten Abschnitt ausgeführt wird, auch Vergleiche mit Ergebnissen aus einer Stichprobe erwerbstätiger Personen durchgeführt, die 1980/81 von MEDIS in München befragt wurden.

2. Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes

Der Gesundheitszustand der Arbeitslosen wurde durch vier Indikatoren für spezifische Teilbereiche von Gesundheit erfaßt.

Zwei dieser Indikatoren sind globale Selbsteinschätzungen, einerseits des aktuellen Gesundheitszustandes sowie andererseits von jahrelang anhaltenden Beschwerden und Behinderungen (vgl. Tab. 1). Beide vermitteln einen intuitiven Gesamteindruck von den akuten und chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Befragten.

Die anderen beiden Indikatoren beziehen sich auf Allgemeinbeschwerden und „psychische Balance“, d. h. das Überwiegen positiver gegenüber negativen Stimmungszuständen. Diese Indikatoren werden unten näher beschrieben.

Die vier Indikatoren sollen Teile des von den Befragten persönlich wahrgenommenen Gesundheitszustandes abbilden. Eine derart auf das subjektive Befinden hin orientierte Erfassung von Gesundheit ist u. E. für Befragungsstudien besser geeignet als diagnosenbezogene anamnestische Krankheitsangaben, da letztere mehr von Arztinanspruchnahme, Erinnerung an ärztliche Diagnosenmitteilung oder Selbstdiagnostik beeinflusst werden.

Weiterhin haben subjektive Gesundheitsindikatoren den Vorteil, daß sie Befindensstörungen anzeigen können, die noch nicht als manifeste Erkrankungen erscheinen, sich jedoch unter ungünstigen Bedingungen dahin entwickeln können.

Tabelle 1: Globale Selbsteinschätzungen des aktuellen und längerfristigen Gesundheitszustandes von Arbeitslosen zu Beginn der Arbeitslosigkeit¹⁾ und von Erwerbstätigen²⁾, in %

Globaler Gesundheitszustand	Arbeitslose, 5-6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit ¹⁾		Münchener Erwerbstätige (der Arbeitslosenstruktur nach Alter und Geschlecht angepaßt) ²⁾ schriftliche Befragung
	mündliche Befragung (Listen-vorgabe)	schriftliche Befragung	
a) „Denken Sie bitte an Ihren Gesundheitszustand in den letzten 2 Wochen: Welcher Aussage über Ihren Gesundheitszustand können Sie dann am meisten zustimmen?“ (Nennen Sie mir bitte nur den Buchstaben) A Mein Gesundheitszustand war in den letzten 2 Wochen ausgezeichnet B In den letzten 2 Wochen war mein Gesundheitszustand gut C Ich hatte zwar in den letzten 2 Wochen gelegentlich Beschwerden, aber im großen und ganzen ist mein Gesundheitszustand befriedigend D Ich habe mich in den letzten 2 Wochen gesundheitlich schlecht gefühlt E Ich war in den letzten 2 Wochen für kürzere oder längere Zeit erkrankt Summe	32,8 36,2 20,1 8,0 2,9 100	23,4 31,0 27,5 10,2 7,9 100	19,5 35,5 26,1 8,7 10,2 100
b) „Leiden Sie an Beschwerden oder Behinderungen, die schon jahrelang anhalten?“ Was von dieser Liste trifft auf Sie zu? A ja, stark B ja, mäßig C ja, kaum D nein Summe Zahl der Fälle	13,1 11,8 4,2 70,9 100 1 887	– – – – 100 1 297	12,1 21,5 7,8 58,7 100 930

1) Deutsche Arbeitslose vom Nov. 1981, 25 Jahre oder älter, 5-6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit (IAB-Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen)

2) Erwerbstätige Bewohner der Stadt München, 25 Jahre oder älter, 1980/81, der Arbeitslosenstruktur nach Alter und Geschlecht angepaßt (MEDIS-Befragung der Münchner Bevölkerung)

Für die vier Gesundheitsindikatoren liegen Vergleichsangaben zu den Ergebnissen der Arbeitslosen-Befragung aus einer Stichprobe erwerbstätiger Personen vor. 1980/1981 führte das Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) in der Münchner Wohnbevölkerung eine repräsentative Umfrage durch,²⁴⁾ bei der die hier erwähnten Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes sowie weitere Merkmale erhoben wurden, die zur Beschreibung des gesundheitlichen Befindens und der sozioökonomischen Lebenssituation der Befragten dienen.

Aus dieser Studie wurde eine Referenzgruppe für die Arbeitslosenstichprobe aus allen erwerbstätigen Personen im Alter von 25-65 Jahren gebildet (im folgenden: „Erwerbstätigen-Stichprobe“). Sie wurde der Alters- und

Geschlechtsstruktur der Arbeitslosen angepaßt.²⁵⁾ Die Angaben dieser Erwerbstätigen dienen als statistischer Vergleichsrahmen für die Angaben der Arbeitslosen.

Die Vergleichbarkeit der beiden Stichproben wird teilweise dadurch beeinträchtigt, daß bei der Arbeitslosen-Befragung *persönliche* und bei der Münchner-Befragung überwiegend *schriftliche* Interviews eingesetzt wurden. Bei persönlichen Interviews scheinen die Befragten ihren Gesundheitszustand etwas positiver zu schildern, als sie es bei einer schriftlichen Befragung tun würden.²⁶⁾ Diese methodische Einschränkung der Vergleichbarkeit der beiden Stichproben wurde jedoch für den Vorteil in Kauf genommen, der mit dem Vorhandensein von Referenzwerten aus einer Erwerbstätigen-Population verbunden ist. Sie muß jedoch bei der Interpretation der Vergleiche berücksichtigt werden. Die globale Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes erfolgte auch im Rahmen der schriftlichen Teilbefragung von Arbeitslosen; die entsprechenden Ergebnisse werden im folgenden mit berücksichtigt (vgl. Tab. 1 a).

Allgemeinbeschwerden

Im Interview wurde den Arbeitslosen eine Liste mit acht Beschwerden vorgelegt, und sie wurden gebeten, anzugeben, ob sie stark, mäßig, kaum oder gar nicht unter den einzelnen Beschwerden leiden (vgl. Tab. 2). Diese Liste ist eine Kurzform einer am MEDIS erprobten Beschwerdenliste (MEDIS-Beschwerden-Liste: MBL), die insbesondere für den Einsatz in Bevölkerungs-Befragungen geeignet ist.²⁷⁾

Wegen des Zwanges zur Straffung mußten aus der MBL für die Arbeitslosenstudie diejenigen acht der 24 Beschwerden ausgewählt werden, die die MBL hinreichend gut repräsentieren. Sie werden im folgenden MBL-Kurzform genannt. Zusätzlich wurden drei Beschwerden hinzugefügt, die in der oben referierten Umfrage sehr häufig als Klartextergänzung der Liste genannt wurden. Diese wurden jedoch nicht in die Skalenwertbildung einbezogen.

Zur Berechnung von Skalenwerten wurden die Intensitätsstufen „gar nicht/kaum“ mit dem Zahlenwert „0“ und die Stufen „mäßig/stark“ mit „1“ verrechnet. Durch diese Dichotomisierung werden die Angaben der Probanden als Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Beschwerde gewertet. Die Angaben zu den acht Einzelbeschwerden werden zu einem Gesamtwert addiert, der für die MBL-Kurzform theoretisch alle ganzzahligen Werte zwischen Null und 8 annehmen kann. Der Skalenwert läßt sich intuitiv als die Zahl der von einer Person mäßig oder stark wahrgenommenen Beschwerden interpretieren.²⁸⁾

Über die inhaltliche Interpretierbarkeit der MBL (Konstruktvalidität) wurde ausführlich an anderer Stelle berich-

²⁴⁾ Potthoff 1982 a.

²⁵⁾ Unterschiede zwischen beiden Stichproben nach einigen weiteren Merkmalen (Familienstand, Berufsausbildung) waren nicht gravierend. Grundsätzlich bleibt jedoch das Problem von „Kontrollgruppen“, daß sie in der Regel nicht auf alle möglicherweise relevanten Strukturmerkmale (z. B. Stadt-Land-Gefälle, Berufsstruktur) voll vergleichbar gemacht werden können.

²⁶⁾ Siemiatycki 1979; s. auch unten Tab. 1.

²⁷⁾ Potthoff 1982 a.

²⁸⁾ Eine Reliabilitätsprüfung der MBL-Gesamtform (24 Items) ergab eine Homogenität (Cronbach-alpha; SPSS9) von $\alpha = 0.93$ (Potthoff 1982 b). Die Reliabilität der auf die acht dichotomen Items verkürzten MBL-Teilform beträgt immerhin noch $\alpha = 0.70$. Dieser Wert ist nicht sonderlich hoch, was in erster Linie durch die relativ geringe Zahl der Items zu erklären ist. Er liegt jedoch noch im Bereich dessen, was für Survey-Analysen für angemessen gehalten wird (Nunnally 1978). Die Produkt-Moment-Korrelation der MBL-Teilform mit der MBL-Gesamtform betrug $r = .94$.

Tabelle 2: Allgemeinbeschwerden von Arbeitslosen zu Beginn der Arbeitslosigkeit¹⁾ und von Erwerbstätigen²⁾ – MEDIS-Beschwerdenliste (Kurzform) – in %

„Im folgenden werden eine Reihe von Beschwerden genannt. Bitte füllen Sie diese Beschwerdeliste sorgfältig aus. Machen Sie bitte ein Kreuz in eine der vier Klammern, je nachdem wie stark Sie unter jeder Beschwerde leiden.“	Arbeitslose 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit ¹⁾ (im Rahmen mündlicher Interviews vom Befragten selbst ausgefüllter Teil)					Münchener Erwerbstätige (der Arbeitslosenstruktur nach Alter und Geschlecht angepaßt) ²⁾ schriftliche Befragung				
	gar nicht	kaum	mäßig	stark	Summe	gar nicht	kaum	mäßig	stark	Summe
1 Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	66,0	13,8	13,5	6,7	100	56,4	20,2	17,4	6,0	100
2 Schlaflosigkeit	63,3	17,6	11,9	7,2	100	56,5	24,2	14,3	5,0	100
3 Schwindelgefühl	72,2	13,7	10,1	4,0	100	61,5	24,4	11,5	2,6	100
4 Kopfschmerzen bzw. Druck in Kopf oder Gesichtsschmerzen	58,0	20,0	14,6	7,4	100	47,7	26,9	18,8	6,6	100
5 Beschwerden beim Sehen oder Hören	75,5	10,3	11,3	3,0	100	67,1	15,3	14,4	3,2	100
6 Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	73,7	12,3	10,0	4,0	100	64,6	20,6	12,1	2,7	100
7 Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)	75,5	12,5	8,8	3,3	100	64,7	20,2	11,8	3,3	100
8 Innere Gespanntheit	64,0	15,9	14,5	5,7	100	49,7	28,8	15,9	5,6	100
9 Allergien, Hautreizungen	85,4	6,0	5,3	3,2	100	–	–	–	–	–
10 Kreuz- oder Rückenschmerzen	54,9	14,9	16,4	13,8	100	–	–	–	–	–
11 Gelenkschmerzen	69,5	10,9	10,4	9,2	100	–	–	–	–	–

¹⁾ Deutsche Arbeitslose vom Nov. 1981, 25 Jahre oder älter, 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit (IAB Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen).

²⁾ Erwerbstätige Bewohner der Stadt München, 25 Jahre oder älter, 1980/81, der Arbeitslosenstruktur nach Alter und Geschlecht angepaßt (MEDIS-Befragung der Münchner Bevölkerung).

tet.²⁹⁾ So konnte beispielsweise gezeigt werden, daß die MBL-Skalenwerte mit krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen ($r = .58$), der Anzahl chronischer Erkrankungen ($r = .59$), einer globalen Einschätzung des Gesundheitszustandes ($r = .46$), der Medikamenteneinnahme ($r = .46$) und Arztkontakten ($r = .25$) positiv korreliert sind.

Psychische Balance

Nach den vorliegenden Untersuchungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Arbeitslosen müssen insbesondere Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die emotionale und psychische Befindlichkeit erwartet werden. Sozioökonomische Belastungen – wie gerade im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit – können sich u. a. in Beeinträchtigungen der Selbsteinschätzung und/oder im Gefühl zunehmender Bedrohung niederschlagen und können von angstvollen oder depressiven Stimmungszuständen begleitet werden. Aus diesen Erwägungen wurde ein Indikator für „psychische Balance“, das heißt, das Überwiegen positiver Stimmungen und Selbstwahrnehmungen gegenüber negativen in die Arbeitslosen-Befragung aufgenommen. Dieser Indikator (Psychische-Balance-Skala: PBS) besteht aus neun Items mit teils positivem und teils negativem konnotativem Gehalt. Vier der Items sind sprachlich veränderte Formulierungen

aus einer „Depressivitätsskala“ von v. *Zerssen* (1976). Die fünf übrigen Items sind deutschsprachige Adaptationen von Items von *Berkman* (1971) und *Bradburn* (1969).

Die Items lauten beispielsweise „Ich fühle mich ausgezeichnet“ oder „Ich habe Angst vor der Zukunft“. Eine vollständige Liste der Items enthält Tabelle 5. Zur Beantwortung sind die Kategorien „nie/selten/bisweilen/meistens/immer“ vorgegeben. Um auszuschließen, daß aufgrund dieser sehr differenzierten Vorgaben Überinterpretationen stattfinden, insbesondere bei Aussagen mit negativem Gehalt (z. B. „Ich finde keinen Kontakt zu anderen“), wurden in den Auswertungen Zusammenfassungen vorgenommen:

Skalenwerte wurden bei Items mit negativen Konnotationen durch Verrechnung der Kategorien „nie/selten“ mit „0“, „bisweilen“ mit „1“ und „meistens/immer“ mit „2“ und entsprechend umgepolte Werte für Items mit positiven Konnotationen gebildet. Der Skalenwert der PBS, der als Summe der Einzelitems gebildet wurde, kann theoretisch zwischen Null und 18 variieren, wobei hohe Werte für starke Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens stehen³⁰⁾.

Die Validität der PBS läßt sich an ihrem Zusammenhang mit anderen Merkmalen ablesen. In der erwähnten Bevölkerungs-Umfrage in München³¹⁾ ließen sich hohe Korrelationen zwischen der PBS und einem Indikator für negative Stimmungen ($r = .68$; adaptierte Version der Befindlichkeits-Skala; v. *Zerssen* 1976) und schwächere Korrelationen mit Indikatoren für körperliche Krankheiten (Anzahl chronischer Erkrankungen: $r = .30$; Funktionseinschränkungen: $r = .36$) zeigen.

²⁹⁾ Potthoff 1982b.

³⁰⁾ Die Reliabilität der PBS (Cronbach-alpha) liegt mit $\alpha = 0.72$ in der gleichen Größenordnung wie diejenige der MBL-Teilform.

³¹⁾ Potthoff 1982 a.

Die Korrelation der PBS mit der Beschwerdenliste ist erwartungsgemäß relativ hoch ($r = .56$). D. h., daß die beiden Indikatoren begrifflich und empirisch zusammenhängende Sachverhalte des subjektiven Gesundheitserlebens abbilden. Wie Korrelationen mit den anderen Merkmalen erkennen lassen, akzentuiert die PBS kognitiv-emotionale Reaktionen auf die allgemeine Lebenssituation und die stimmungsmäßigen Korrelate hierzu, während die MBL „leibnähere“ psychophysiologische Reaktionsmuster sowie Krankheitsanzeichen und -folgen auf der Wahrnehmungsebene von Körpersensationen abbildet. Einer gebräuchlichen Terminologie folgend kann – grob gesprochen – die MBL als Indikator für *körperliche* und die PBS als Indikator für *psychische* Gesundheit betrachtet werden.

3. Zur körperlichen Gesundheit von Arbeitslosen

Entgegen den ursprünglichen Erwartungen lassen die vorliegenden Ergebnisse erkennen, daß der physische Gesundheitszustand von Arbeitslosen in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit nicht schlechter, in Teilgruppen sogar etwas besser ist als der von Erwerbstätigen: Im Hinblick auf die globale Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes, jahrelang anhaltende Beschwerden und Behinderungen sowie die einzelnen Beschwerden ergibt sich für Arbeitslose auf jeden Fall kein ungünstigeres Bild als für die Vergleichsgruppe von Erwerbstätigen (Tabellen 1 und 2).

Wie schon angedeutet, müssen bei diesem Vergleich einige methodische Unterschiede beachtet werden. Dies läßt sich am deutlichsten an der *Globaleinschätzung des Gesundheitszustandes in den letzten zwei Wochen* (GES) erkennen, die sowohl in der mündlichen als auch der schriftlichen Teilbefragung von erwachsenen Arbeitslosen enthalten war. Demnach wird ein weniger guter oder schlechter Gesundheitszustand im Rahmen der mündlichen Interviewsituation offenbar zumindest teilweise positiver dargestellt als in einer schriftlichen Befragung. Einen höheren Grad von Validität dürften die Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung haben, da diese Frage eigens für dieses Instrument entwickelt wurde. Zwischen der (strukturell angepaßten) Gruppe der Münchner Erwerbstätigen und den hier befragten Arbeitslosen bestehen demnach bei der globalen Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in den letzten zwei Wochen keine signifikanten Unterschiede (Tab. 1).

Gleiche methodische Überlegungen gelten im Hinblick auf die Befunde zu den *längerfristigen Beschwerden und Behinderungen* von Arbeitslosen.

Hierzu liegen nur aus der umfangreicheren mündlichen Arbeitslosenbefragung vergleichbare Ergebnisse vor. Der Anteil der Arbeitslosen mit starken Beschwerden und Behinderungen (13%, gegenüber 12% bei den Erwerbstätigen) könnte demnach eher leicht untertrieben sein, während der Anteil derjenigen, die keine solchen Beschwerden oder Behinderungen angeben (71%, gegenüber 59% bei Erwerbstätigen) tendenziell überhöht sein könnte.

Bei den in Tabelle 2 aufgeführten *Allgemeinbeschwerden* gelten die aufgeführten methodischen Einschränkungen nicht gleichermaßen; zwar handelt es sich um Ergebnisse aus der mündlichen Arbeitslosenerhebung, die Befragten wurden jedoch gebeten, die entsprechende Liste selbst auszufüllen. Gravierende Unterschiede im Anteil derjenigen, die „mäßige“ bzw. „starke“ Allgemeinbeschwerden erkennen lassen, sind demnach zwischen Arbeitslosen (5-6 Wochen

nach Beginn der Arbeitslosigkeit) und Erwerbstätigen nicht zu erkennen. Differenzen im Anteil derjenigen, die „gar keine“ Allgemeinbeschwerden angeben, beruhen auf Verschiebungen zwischen den ersten beiden (positiven) Gruppen und sollten im Hinblick auf die Meßgenauigkeit nicht überinterpretiert werden.

Zur Erhärtung und Differenzierung dieses Befundes wurden Vergleiche im Hinblick auf die *Skalenwerte* für Allgemeinbeschwerden zusätzlich in Form von nach Alter (dichotomisiert: 25-44 Jahre sowie 45 Jahre und älter) und Geschlecht geschichteten Kontingenztafeln vorgenommen, da Wechselwirkungen zwischen Erwerbstätigkeit, Alter und Geschlecht in ihrem Einfluß auf Gesundheit denkbar sind.

Bei den Kontingenztafeln wurde der Erwerbsstatus als unabhängige und dichotomisierte MBL-Werte als abhängige Variable gewählt. Es wurden also vier Vergleiche zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen vorgenommen: für junge Männer, alte Männer, junge Frauen und alte Frauen. Mit der Dichotomisierung der MBL („niedrig“: Skalenwerte 0-1; „hoch“: Skalenwerte 2 und mehr) ist ein gewisser Informationsverlust verbunden, da die theoretisch mögliche Variabilität der Skalenwerte auf nur zwei Ausprägungen reduziert ist. Dieses Vorgehen wurde trotzdem bevorzugt, da die Interpretierbarkeit der Ergebnisse erleichtert wird. Analysen mit den Originalwerten sowie mit anderen Dichotomisierungspunkten führten im wesentlichen zu ähnlichen Ergebnissen.

Die Prozentverteilungen für die Beschwerdenwerte in den vier Alters- und Geschlechtsstrata sind in Tabelle 3 enthalten. Zunächst zeigt sich erwartungsgemäß, daß unabhängig von Erwerbsstatus bei Frauen im Vergleich zu Männern und bei älteren im Vergleich zu jüngeren Personen höhere Beschwerdenwerte auftreten.

Tabelle 3: Prozentverteilung der dichotomisierten MBL-Werte in den vier Alters- und Geschlechtsstrata nach Erwerbsstatus

MBL	unter 45 Jahren				45 Jahre und älter			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	arbeitslos n=689	erwerbstätig n=289	arbeitslos n=496	erwerbstätig n=244	arbeitslos n=277	erwerbstätig n=168	arbeitslos n=205	erwerbstätig n=149
niedrig (0-1)	79,8%	78,2%	68,3%	53,7%	56,3%	57,1%	47,3%	42,3%
hoch (2+)	20,2%	21,8%	31,7%	46,3%	43,7%	42,9%	52,7%	57,7%
chi ²	0,33		15,16		0,03		0,88	
p	n.s.		<.01		n.s.		n.s.	

Der Vergleich zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den vier Strata führt nur bei den jüngeren Frauen zu einem substantiellen und statistisch bedeutsamen Unterschied: 68% der jungen arbeitslosen Frauen haben niedrigere Beschwerdewerte, das heißt sie geben keine oder höchstens eine Beschwerde an, im Vergleich zu 54% der erwerbstätigen Frauen. Junge arbeitslose Frauen sind also unter dem Gesichtspunkt der Beschwerdenbelastung betrachtet durchschnittlich „körperlich gesünder“ als vergleichbare erwerbstätige Frauen.

In den anderen drei Gruppen sind die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen gering und stati-

stisch nicht signifikant, das heißt die Beschwerdenwerte sind bei älteren und bei männlichen Arbeitslosen und Erwerbstätigen nahezu gleich.³²⁾

Eine Reihe weiterer Befragungsergebnisse macht deutlich, warum die Eingangsphase der Arbeitslosigkeit zumindest für viele Arbeitslose keine besondere physische gesundheitliche Belastung darstellt. Auf die Frage „Wie fühlten Sie sich damals abends nach der Arbeit?“³³⁾ ergab sich folgende Verteilung der Antworten:

Sehr abgespannt	21%
Ziemlich abgespannt	26%
Etwas abgespannt	36%
Überhaupt nicht abgespannt	17%
Summe	100%
Fallzahl	1762

24% der Arbeitslosen mit vorausgegangener Erwerbstätigkeit meinten, daß sie durch die (letzte) Arbeit gesundheitlich belastet wurden, 76% verneinten dies.

Auf die Frage „Ganz allgemein: Fühlen Sie sich eigentlich heute – ohne diese Tätigkeit – gesundheitlich besser, gleich oder schlechter?“ gaben 22% besser und 17% schlechter an (61% „gleich“, n = 1762).

Offenbar spielen in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit – neben gesundheitlichen Belastungen, die aus der Arbeitslo-

³²⁾ Bei der Bewertung der Vergleiche muß – wie schon erwähnt – berücksichtigt werden, daß die Beschwerdenangaben der Arbeitslosen in einem persönlichen und die der Erwerbstätigen in einem schriftlichen Interview gewonnen wurden. Allerdings wurde die Beschwerdeliste von den Arbeitslosen selbst in Gegenwart der Interviewer schriftlich ausgefüllt. Trotzdem können die Beschwerdenwerte der Arbeitslosen durch die Befragungsmethodik leicht in positiver Richtung beeinflusst sein.

³³⁾ Nur für Arbeitslose mit vorausgegangener Erwerbstätigkeit.

Tabelle 4: Deutsche Arbeitslose vom November 1981, 25 Jahre oder älter, vor der Arbeitslosigkeit erwerbstätig, ungefähr 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit:

Einfluß demografischer, berufsbiografischer und arbeitslosigkeitsbezogener Faktoren auf Belastungen und Gesundheitszustand, gemessen durch die Höhe der Varianzreduktion (in % der Gesamtvarianz; Effekt der Aufteilung in jeweils 2 Untergruppen entsprechend der 1. Stufe der Kontrastgruppenanalysen AID 3 im OSIRIS-Programmpaket)

Unabhängige Variable	Variable Nr.	Nicht in der endgültigen Analyse enthalten	Gesundheitszustand (global) in den letzten 2 Wochen (vgl. Tabelle 1) GES	MEDIS-Beschwerdenliste (Kurzform) (vgl. Tabelle 2) MBL (Kurz)	Psychische Balance Skala (vgl. Tabelle 5) PBS	Allgemeine Belastungen in der Anfangsphase der Arbeitslosigkeit ABA
Demografische Faktoren, Berufsbiografie, Berufsorientierung						
Alter	1		2,8	5,6	0,6	0,5
Geschlecht/Familienstand	2		0,6	1,0	2,7	2,4
Zahl der Haushaltsmitglieder	3	x	1,3	1,5	1,5	0,2
Struktur des Haushalts (verheiratet, mit/ohne Kinder)	4		1,5	1,6	1,8	0,1
Allgemeine Schulbildung	5	x	0,2	0,2	0,6	0,5
Berufsausbildung	6		1,2	1,3	1,5	0,6
In den letzten 5 Jahren mehrmals arbeitslos	7	x	0,1	0,5	0,1	0,1
In den letzten 5 Jahren länger als 6 Monate arbeitslos	8	x	0,6	0,4	0,5	0,2
In der Vergangenheit Berufswechsel (Selbsteinschätzung)	9	x	0,5	0,4	1,9	0,5
In der Vergangenheit Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen	10		4,6	3,3	2,1	0,6
In der Vergangenheit beruflicher Auf- oder Abstieg (vertikale Mobilität)	11		2,0	1,9	1,8	1,0
Zahl der Arbeitsverhältnisse in den letzten 5 Jahren (Fluktuation)	12	x	0,3	0,6	2,2	0,9
Geschätzte Zeit bis zur Beendigung/Unterbrechung des Erwerbslebens (Zukunftsperspektive)	13		1,3	3,5	0,5	0,7
Berufsorientierung Index	14		0,1	1,4	0,4	2,1
Gesundheitliche Einschränkungen zur Zeit der Arbeitslosmeldung (Selbsteinschätzung, dem AA gegenüber)	15		8,5	9,8	3,6	0,8
Der letzte Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit						
Stellung im Beruf (differenziert nach Qualifikationsstufen)	16		0,8	2,1	1,3	0,8
Dauer des letzten Beschäftigungsverhältnisses	17	x	0,4	0,6	0,8	0,8
Dauer der Beschäftigung auf dem letzten Arbeitsplatz	18	x	0,7	0,6	0,3	0,8
Kündigungsart (durch Arbeitgeber, selbst, befristetes Arbeitsverhältnis)	19	x	0,8	0,3	0,2	1,9
Kündigungsgrund lt. Einschätzung des Vermittlers (einschließlich „Gesundheit“)	20		4,9	4,7	3,2	2,3
Schlechte Gesundheit als hauptsächlichster oder zusätzlicher Kündigungsgrund (lt. Einschätzung des Arbeitslosen)	21		7,7	6,7	3,5	0,1
Arbeitsanforderung 5: Zeitdruck	22		1,5	1,2	0,4	0,3
Arbeitsanforderung 14: Betriebsklima	23		1,3	0,9	1,6	0,3
Anforderungsindex aus Faktoren 6, 7, 11	24		3,0	3,3	3,2	0,3
Anforderungsindex insgesamt (Faktoren 1–16)	25		2,7	1,0	2,2	0,8
Nach der Arbeit abends in der Regel abgespannt?	26		2,8	6,3	2,1	1,3
Belastete Sie damals die (letzte) Arbeit gesundheitlich?	27		12,7	15,2	2,9	0,6

sichtigkeitssituation selbst herrühren – auch Entlastungseffekte eine Rolle, d. h. zumindest bei einem Teil der Arbeitslosen entfallen gesundheitliche Belastungen, die vom letzten Arbeitsplatz herrühren.

Dies bestätigt auch eine erste *multivariate Analyse* von Einflüssen auf den globalen Gesundheitszustand GES und die Allgemeinbeschwerden. In Tabelle 4 ist u. a. die Stärke des Zusammenhangs verschiedener Merkmale mit diesen beiden Gesundheitsindikatoren wiedergegeben. Die Stärke des Zusammenhangs wird dabei durch die Reduktion der Varianz ermittelt, die durch die Bildung von zwei im Hinblick auf den Gesundheitszustand (abhängiges Merkmal) möglichst homogenen Untergruppen entsteht. Mit anderen Worten, die Merkmalsausprägungen, die mit einem vergleichsweise guten Gesundheitszustand verbunden sind, werden zu einer Gruppe zusammengefaßt und mit der anderen Gruppe „kontrastiert“, bei der der Gesundheitszustand vergleichsweise schlecht ist. Ist der Gesundheitszustand in beiden Untergruppen sehr unterschiedlich, erweist sich dieses Merkmal (sieht man vereinfachend einmal von unter-

schiedlichen Gruppenstärken ab) als besonders erklärungskräftig, der ausgewiesene Prozentsatz (Reduktion der Varianz) ist besonders hoch. Übersichten 1 und 2 enthalten die durch Bündelung der erklärungskräftigsten Merkmale im Hinblick auf den physischen Gesundheitszustand entstandenen Kontrastgruppen.³⁴⁾

Finanzielle Schwierigkeiten, mit der Arbeitslosigkeit verbundene psychosoziale Belastungen und die Aussicht, bald einen akzeptablen neuen Arbeitsplatz zu finden, haben in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit – anders als im Hinblick auf die psychische Gesundheit, s. u. – nur einen vergleichsweise geringen Einfluß auf das körperliche Wohlbefinden der Arbeitslosen. Im Vordergrund stehen demgegenüber Einflußfaktoren, die auf die Zeit vor der Arbeitslosigkeit verweisen, insbesondere auch auf Belastungen am letzten Arbeitsplatz. Nicht ganz auszuschließen ist zwar,

³⁴⁾ Im weiteren Projektverlauf sollen auch komplexere Variablenzusammenhänge untersucht werden, z. B. mit Hilfe von Pfadanalysen.

noch Tabelle 4

Unabhängige Variable	Variable Nr.	Nicht in der endgültigen Analyse enthalten	Gesundheitszustand (global) in den letzten 2 Wochen (vgl. Tabelle 1) GES	MEDIS-Beschwerdenliste (Kurzform) (vgl. Tabelle 2) MBL (Kurz)	Psychische Balance Skala (vgl. Tabelle 5) PBS	Allgemeine Belastungen in der Anfangsphase der Arbeitslosigkeit ABA
Die ersten Wochen der Arbeitslosigkeit						
Nach 5–6 Wochen wiederbeschäftigt (ca. 10% der Stichprobe)	28		0,9	0,5	0,8	0,1
Nach 5–6 Wochen nicht wiederbeschäftigt, aber Arbeitsplatz in Aussicht	29		1,2	1,1	3,4	2,9
Subjektive Schwierigkeit, einen neuen Arbeitsplatz zu finden	30		2,9	2,9	4,0	2,5
Subjektive Chance, einen vergleichbaren neuen Arbeitsplatz zu finden	31		4,0	2,4	2,6	2,3
Wichtig, schnell einen neuen Arbeitsplatz zu finden?	32		0,6	0,3	4,9	7,1
Zur Zeit große finanzielle Schwierigkeiten?	33		1,4	0,8	8,2	4,8
Können Sie auf eigene Ersparnisse zurückgreifen?	34		1,9	1,3	4,6	3,0
Psycho-soziale Belastungen 1: Kontakt gefehlt	35	×	0,9	0,4	1,4	0,9
Psycho-soziale Belastungen 2: Endlich Zeit für Sachen, die Spaß machen	36		1,0	0,3	4,2	2,1
Psycho-soziale Belastungen 3: In Familie häufiger als sonst Ärger	37		0,8	1,2	3,0	1,9
Psycho-soziale Belastungen 4: Nicht mehr so oft zu Freunden/Bekannten gegangen	38		0,9	1,3	3,9	1,6
Psycho-soziale Belastungen 5: Sehr beunruhigt, weil nicht weiß, ob neue Stelle	39		2,8	1,6	8,8	11,3
Psycho-soziale Belastungen 6: Inzwischen gemerkt, daß Arbeitslosigkeit gar nicht so schlimm	40		1,4	0,6	5,7	8,8
Psycho-soziale Belastungen 7: Nicht leicht gefallen, Freunden/Bekannten von Arbeitslosigkeit zu erzählen	41		1,2	1,8	2,6	5,3
Psycho-soziale Belastungen 8: War mir ganz lieb, wieder mehr für Familie tun zu können	42		0,7	0,4	4,0	2,5
Psycho-soziale Belastungen 9: Das viele Zu-Hause-Sein, ging mir auf die Nerven	43		2,5	1,1	7,1	9,0
Psycho-soziale Belastungen 10: Ich habe mich oft gefragt, warum gerade ich arbeitslos geworden bin	44		2,1	2,4	11,2	12,5
Index 1 Psycho-soziale Belastungen 1–10 (Gewichte 1–3 für jede Antwort)	45		2,3	1,6	10,3	14,9
Index 2 Psycho-soziale Belastungen 1–10 (Gewicht 1 für jede definitive Belastung)	46		3,2	1,7	9,3	15,0
Gesundheitsindikatoren						
Beschwerden/Behinderungen, die schon jahrelang anhalten?	47		(23,1) ^{*)}	(21,4) ^{*)}	4,2	1,0
Gesundheitszustand (global) in den letzten 2 Wochen (GES)	48		–	–	7,8	1,5
MEDIS-Beschwerden-Liste (MBL-Kurzform)	49		(23,7) ^{*)}	–	9,7	0,4
Psychische-Balance-Skala (PBS)	50		(6,9) ^{*)}	(7,6) ^{*)}	–	5,1
Allgemeine Belastungen in Anfangsphase der Arbeitslosigkeit (ABA)	51		(1,7) ^{*)}	(1,3) ^{*)}	5,7	–

^{*)} Nicht in der endgültigen Kontrastgruppenanalyse enthalten.

daß der am stärksten ladende Faktor („Belastete Sie damals die Arbeit gesundheitlich?“, Variable Nr. 27) durch die retrospektive Abfrage etwas verzerrt ist; dies dürfte jedoch weniger oder nicht für andere ebenfalls im Vordergrund stehende Faktoren gelten, die schon auf einen schlechten Gesundheitszustand vor der Arbeitslosigkeit verweisen (in der Vergangenheit Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen, schlechte Gesundheit als – zumindest zusätzlicher – Kündigungsgrund, gesundheitliche Einschränkungen zur Zeit der Arbeitslosmeldung; Variablen 10, 15, 20, 21).

Einzelne der mit dem letzten Arbeitsplatz verbundenen Arbeitsanforderungen lassen jeweils nur einen geringen Einfluß auf den physischen Gesundheitszustand der Arbeitslosen erkennen, desgleichen der Anforderungsindex, der aus allen Aussagen gebildet wurde. Hier ist aber zu beachten, daß Arbeitslose teilweise nur geringe Zeit auf diesem letzten Arbeitsplatz beschäftigt waren und daß einzelne Aussagen über Anforderungen am letzten Arbeitsplatz möglicherweise nach mehreren Dimensionen gebündelt aussagekräftigere Ergebnisse liefern. Eine (hier im einzelnen nicht wiedergegebene) Zusatzauswertung bezog sich deshalb ausschließlich auf Arbeitslose, die mindestens ein Jahr lang nicht nur bei demselben Arbeitgeber, sondern dort auch auf dem gleichen Arbeitsplatz gearbeitet hatten. Verwendung fanden hier auch die oben beschriebenen fünf Einzelindizes (körperlich belastende Arbeit, Betriebsklima, geistige Anspannung, Monotonie, schädliche Umgebungseinflüsse). Erwartungsgemäß traten bei dieser zusätzlichen Kontrastgruppenanalyse die belastenden Einflüsse, die vom letzten Arbeitsplatz herrührten, stärker in den Vordergrund. Auch wenn zunächst in der ersten Stufe der Kontrastgruppenanalyse keiner der fünf Anforderungsindizes mehr als 3% der Gesamtvarianz reduzieren konnte, summierte sich ihr Einfluß (unter Berücksichtigung aller signifikanten Splits) auf rund 10%. Im Vordergrund stand auch hier die subjektive Einschätzung von Beanspruchungen am letzten Arbeitsplatz (Belastete damals die letzte Arbeit gesundheitlich? Nach der Arbeit abends in der Regel abgespannt? Variablen 26 und 27; beide zusammen zusätzlich 18% Varianzreduktion).

Sind physische Gesundheitsprobleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit in starkem Maße (noch) mit einer offenbar belastenden Arbeitssituation vor der Arbeitslosigkeit verknüpft, so müßte andererseits gerade für diese Gruppe von Arbeitslosen die Arbeitslosigkeit zumindest zunächst auch gesundheitliche Entlastung mit sich bringen. Die in Übersicht 3 wiedergegebene Kontrastgruppenanalyse bezieht sich wiederum nur auf diejenigen Arbeitslosen, die mindestens ein Jahr auf dem gleichen Arbeitsplatz beschäftigt waren, und bei der als *abhängige Variable* die Antworten auf die Frage verwendet werden, ob man sich ohne diese Tätigkeit *gesundheitlich besser, gleich oder schlechter* fühle.

Eine hohe Beanspruchung bzw. Belastung am letzten Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit verbindet sich demnach tatsächlich mit gesundheitlicher Entlastung in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit, mit der sicher nicht unbedeutenden Ausnahme bei Schwerbehinderten: Wohl im Hinblick auf die bei ihnen besonders großen Schwierigkeiten, einen neuen Arbeitsplatz zu finden, fallen für sie die Ergebnisse nicht gleichermaßen positiv aus.

Lag vor der Arbeitslosigkeit keine belastende Arbeitssituation vor, dominieren offenbar auch in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit schon psychosoziale Belastungen, die per Saldo zu einem schlechteren Gesundheitsbefinden als vor der Arbeitslosigkeit führen. Anzumerken ist noch, daß

gegenüber den aufgezeigten Zusammenhängen Einflüsse von demographischen und qualifikatorischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Stellung im Beruf) insgesamt gesehen auf subjektiv empfundene gesundheitliche Be- oder Entlastungen in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit weniger eine Rolle spielen, Übersicht 3 enthält keines dieser Merkmale. Das schließt allerdings nicht aus, daß solche Zusammenhänge bei Teilgruppen von Arbeitslosen sehr wohl eine Rolle spielen können, nur fallen sie im Durchschnitt aller Arbeitslosen nicht sehr ins Gewicht. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß Arbeitslose mit Beschwerden und Behinderungen, „die schon jahrelang anhalten“, mehr noch als andere Arbeitslose zuletzt vor der Arbeitslosigkeit auf Arbeitsplätzen gearbeitet haben, die als gesundheitlich belastend empfunden wurden und die auch entsprechend den verwendeten Indizes höhere Arbeitsanforderungen mit sich brachten. Der vergleichsweise stärkste Zusammenhang besteht hier allerdings mit dem Merkmal „In der Vergangenheit Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen (Variable Nr. 10; Varianzreduktion 9,6%)“. Soweit sich ein Zusammenhang zwischen Belastungen am letzten Arbeitsplatz und der gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit erkennen läßt, kann sich dies nur auf einen Teil der (möglichen) arbeitsbedingten gesundheitlichen Probleme beziehen: einem Berufswechsel vorgelagerte, die Gesundheit beeinträchtigende berufliche Umstände wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht erfaßt.

4. Zur psychischen Gesundheit von Arbeitslosen

Auch wenn sich *im Durchschnitt* der Arbeitslosen die physische Gesundheit in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit kaum verändert haben dürfte, haben 44% der Arbeitslosen bereits die ersten Tage der Arbeitslosigkeit als „große Belastung“ empfunden. In rund der Hälfte der Fälle, in denen Arbeitslose gekündigt wurden, kam diese Kündigung überraschend, die übrigen hatten längere Zeit bereits damit gerechnet. Die Zeit zwischen Kündigung und dem eigentlichen Beginn der Arbeitslosigkeit wurde von 41% der Befragten, denen vom Arbeitgeber gekündigt wurde, ebenfalls schon als „große Belastung“ empfunden, 45% gaben an, daß sie die Zeit „ruhig auf sich zukommen ließen“ (14% weiß nicht, weder/noch, keine Angabe).

Wie vermutet werden kann und in Tabelle 4 ausgewiesen wird, besteht ein Zusammenhang zwischen der *globalen Einschätzung*, daß der *Anfang der Arbeitslosigkeit sehr belastend* war (ABA) und finanziellen Problemen. Stärker noch spielen jedoch die aus der Arbeitslosigkeit resultierenden psychosozialen Belastungen eine Rolle, besonders Selbstzweifel („Ich habe mich oft gefragt, warum gerade ich arbeitslos geworden bin“) und die Unsicherheit im Hinblick auf einen möglichen neuen Arbeitsplatz. In der im einzelnen nicht wiedergegebenen Kontrastgruppenanalyse (allgemeine Belastungen in der Anfangsphase der Arbeitslosigkeit als abhängige Variable) erfolgen alle Splits entlang den Indizes für psychosoziale Belastungen, einzelnen psychosozialen Belastungsfaktoren sowie der subjektiven Schwierigkeit, einen neuen Arbeitsplatz zu finden (Variablen 30, 35 bis 46).

Um mögliche Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit aufzuzeigen, wurde die bereits beschriebene Psychische-Balance-Skala verwendet. Anders als bei den Indikatoren zur physischen Gesundheit, sind die Antworten auf die hier vorgegebenen Aussagen bei Arbeits-

Tabelle 5: Psychische Balance von Arbeitslosen zu Beginn der Arbeitslosigkeit¹⁾ und von Erwerbstätigen²⁾ – Items der Psychischen-Balance-Skala PBS³⁾ – in %

„Lesen Sie bitte die folgenden Sätze. Entscheiden Sie bitte bei jeder Feststellung, wie sehr sie für Sie zutrifft. Machen Sie ein Kreuz in eine der 5 Klammern, je nachdem, wie oft Sie sich so fühlen, wie es in den Sätzen beschrieben ist.“	Arbeitslose 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit ¹⁾ (im Rahmen mündlicher Interviews vom Befragten selbst ausgefüllter Teil)						Münchener Erwerbstätige (der Arbeitslosenstruktur nach Alter und Geschlecht angepaßt) ²⁾ schriftliche Befragung					
	nie	selten	bisweilen	meistens	immer	Summe	nie	selten	bisweilen	meistens	immer	Summe
1 Ich fühle mich niedergeschlagen u. schwermütig	38,2	27,3	25,7	7,0	1,8	100	38,2	34,9	23,9	2,9	0,1	100
2 Ich habe keine Gefühle	64,7	16,4	10,7	2,5	5,6	100	58,7	23,1	10,7	3,9	3,6	100
3 Ich fühle mich ausgezeichnet	4,8	13,5	25,1	40,5	16,2	100	2,6	9,4	18,6	61,4	8,0	100
4 Ich interessiere mich für viele Dinge im Leben	1,1	3,3	14,1	41,7	39,8	100	0,7	3,1	11,7	47,0	37,5	100
5 Ich kann vor lauter Unruhe kaum stillsitzen	35,0	30,9	22,0	7,4	4,7	100	36,2	36,3	19,5	6,1	1,9	100
6 Ich habe Freude am Leben	1,4	3,6	13,7	36,0	45,3	100	1,1	1,7	10,3	41,6	45,4	100
7 Ich finde keinen Kontakt zu anderen	49,5	24,8	11,3	5,4	8,9	100	32,5	33,9	16,9	7,6	9,1	100
8 Ich freue mich darüber, etwas im Leben erreicht zu haben	5,1	10,9	23,4	29,5	31,1	100	2,1	5,2	20,8	36,8	35,1	100
9 Ich habe Angst vor der Zukunft	30,9	20,3	29,2	11,0	8,6	100	40,7	29,0	24,7	4,2	1,4	100

¹⁾ Deutsche Arbeitslose vom Nov. 1981, 25 Jahre oder älter, 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit (IAB Verlaufsuntersuchung bei Arbeitslosen).

²⁾ Erwerbstätige Bewohner der Stadt München, 25 Jahre oder älter, der Arbeitslosenstruktur nach Alter und Geschlecht angepaßt (MEDIS-Befragung der Münchner Bevölkerung).

³⁾ In den Auswertungen wurden die Kategorien „nie“ und „selten“ zusammengezogen, desgleichen die Kategorien „meistens“ und „immer“. Vgl. die Erläuterungen in Abschnitt 2.

losen insgesamt negativer als bei den zum Vergleich herangezogenen (strukturell angepaßten) Münchner Erwerbstätigen. So sagen z. B. 20% der Arbeitslosen, daß sie meistens oder immer Angst vor der Zukunft haben, gegenüber 6% der Erwerbstätigen. 12% der Arbeitslosen können (meistens oder immer) vor lauter Unruhe kaum stillsitzen, gegenüber 8% der Beschäftigten. Unterstellt man, daß die Antworten der Arbeitslosen zum Positiven hin (leicht) verzerrt sein können, weil die Antworten anders als bei den Erwerbstätigen im Rahmen von mündlichen Interviews (wenn auch wieder in einem von dem Befragten selbst auszufüllenden Teil) erhoben wurden, würde der Vergleich von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Hinblick auf die psychische Balance noch mehr zu Lasten von Arbeitslosen ausfallen (Tabelle 5).

Zur Vertiefung und Ergänzung auch dieser Befunde wurde aus den gleichen Gründen wie bei den Allgemeinbeschwerden der Vergleich der psychischen Befindlichkeit von Arbeitslosen mit der von erwerbstätigen Münchnern an dichotomisierten Werten der PBS-Skala für vier Alters- und Geschlechtsstrata vorgenommen. Eine Dichotomisierung der PBS am Median führte zu den beiden Klassen „niedrig“ (Skalenwert: 0-2) und „hoch“ (Skalenwert 3 und mehr).

Vergleiche der PBS-Werte in den vier Alters- und Geschlechtsstrata (vgl. Tabelle 6) ergeben, daß sowohl bei den jüngeren wie bei den älteren Männern die Arbeitslosen öfter höhere Werte, das heißt ein schlechteres psychisches

Befinden erkennen lassen. Dieser Unterschied beträgt zwischen jüngeren Arbeitslosen und jüngeren Erwerbstätigen 23 Prozentpunkte. Er ist wesentlich ausgeprägter als der zwischen den älteren Arbeitslosen und den älteren Erwerbstätigen (12 Prozentpunkte).

Die Unterschiede des psychischen Befindens zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen insgesamt sind gering und statistisch nicht signifikant. Vermutlich spielen hier die für Männer und Frauen unterschiedlichen Werthaltungen, gesellschaftlichen Rollenvorstellungen, das Vorhandensein von „Alternativrollen“³⁵⁾ eine ausschlaggebende Rolle. Hierauf deutet auch hin, daß verheiratete Frauen günstigere PBS-Werte aufweisen als verheiratete und nicht verheiratete Männer, während nicht verheiratete Frauen die

Tabelle 6: Prozentverteilung der dichotomisierten PBS-Werte in den vier Alters- und Geschlechtsstrata nach Erwerbsstatus

PBS	unter 45 Jahren				45 Jahre und älter			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	arbeitslos n=742	erwerbstätig n=282	arbeitslos n=519	erwerbstätig n=236	arbeitslos n=277	erwerbstätig n=186	arbeitslos n=220	erwerbstätig n=142
niedrig (0-2)	41,8%	64,5%	49,1%	53,4%	36,8%	48,4%	41,4%	39,4%
hoch (3+)	58,2%	35,5%	50,9%	46,6%	63,2%	51,6%	58,6%	60,6%
chi ²	42,41		1,18		6,13		0,13	
p	<.01		n.s.		<.05		n.s.	

³⁵⁾ Brinkmann, Schober 1976; Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik, Claus Offe 1977.

vergleichsweise größten psychischen Probleme angeben. Zusammenhänge zwischen der psychischen Balance von Arbeitslosen (in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit) und weiteren Merkmalen ergeben sich aus Tabelle 4 sowie Übersicht 4. Anders als im Hinblick auf den physischen Gesundheitszustand besteht vor allem eine starke Verknüpfung mit den aus der Arbeitslosigkeit resultierenden psychosozialen Belastungen. Wie erwartet, läßt sich ebenfalls ein starker Zusammenhang mit den Indikatoren zur physischen Gesundheit erkennen. Der Arbeitslosigkeit vorgelagerte Einflüsse (z. B. Belastungen am letzten Arbeitsplatz) spielen zwar auch eine Rolle, allerdings eine eher untergeordnete und weitaus geringere als im Hinblick auf die physische Gesundheit von Arbeitslosen.

Der ausgeprägte Zusammenhang zwischen Indikatoren zur physischen und psychischen Gesundheit betrifft teilweise zumindest Gesundheitsprobleme, die der Arbeitslosigkeit vorgelagert sind, aber sicher nur teilweise: So führen z. B. gesundheitliche Einschränkungen, die bereits zur Zeit der Meldung als Arbeitsloser angegeben wurden, bei der Psychischen-Balance-Skala nur zu 3,6% Varianzreduktion, während der Gesamtzusammenhang mit dem körperlichen Wohlbefinden wesentlich stärker ist (9,7% mit MBL). Insofern als ein deutlicher Zusammenhang der psychischen Balance von Arbeitslosen sowohl mit den Allgemeinbeschwerden als auch mit den arbeitslosigkeitsspezifischen Belastungen erkennbar ist, ist zu vermuten, daß diese Belastungen im Laufe der Zeit, das heißt als Folge von langanhaltender oder wiederholter Arbeitslosigkeit, auch die physische Gesundheit beeinträchtigen können, wobei die psychische Balance als intervenierende Variable eine zentrale Rolle spielen dürfte. Dieser weitergehende Zusammenhang, der durch die vorliegenden Ergebnisse wie auch durch weitere im internationalen Rahmen durchgeführte Untersuchungen nahegelegt wird, soll mit Hilfe der hier noch nicht zur Verfügung stehenden Ergebnisse der Zweiterhebung der gleichen Arbeitslosen (ca. 1/2 Jahre nach Beginn der Arbeitslosigkeit) weiter untersucht werden.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse lassen erkennen, daß der *physische Gesundheitszustand* von Arbeitslosen in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit im Durchschnitt nicht schlechter, in Teilgruppen sogar etwas besser ist als der von vergleichbaren Erwerbstätigen. Dies ergibt sich sowohl anhand der validierten Indikatoren zur subjektiven Gesundheit als auch aufgrund der Selbsteinschätzung der Arbeitslosen. Auch sind die Gründe hierfür deutlich erkennbar. Ein Teil der Arbeitslosen hat zuletzt auf einem gesundheitlich belastenden Arbeitsplatz gearbeitet, Arbeitslosigkeit bedeutet insbesondere für diese Arbeitslosen im Hinblick auf die physische Gesundheit zumindest zunächst auch Entlastung und Erleichterung. Dies kompensiert – und überkompensiert teilweise gesundheitliche Belastungen, die aus der Arbeitslosensituation selbst herrühren. Immerhin empfindet knapp die Hälfte der Arbeitslosen schon die ersten Tage der Arbeitslosigkeit insgesamt als große Belastung.

Soweit in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit zu erkennen sind, hängen sie – Kontrastgruppenanalysen folgend – insgesamt mehr mit der Arbeitslosigkeit vorgelagerten Faktoren zusammen als mit der Arbeitslosigkeit selbst.

Anders sieht es im Hinblick auf die *psychische Gesundheit* von Arbeitslosen aus. Hierauf nehmen offenbar finanzielle Probleme Einfluß, mehr noch mit der Arbeitslosigkeit verbundene psychosoziale Belastungen, weniger dagegen der Arbeitslosigkeit vorgelagerte demographische und berufsbiographische Faktoren. Dies macht verständlich, warum Arbeitslose schon in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit im Durchschnitt ein etwas schlechteres psychisches Befinden erkennen lassen als Erwerbstätige. Betroffen sind insbesondere jüngere, männliche Arbeitslose, während zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen kein signifikanter Unterschied zu erkennen ist.

Naheliegende und auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aufzeigbare Zusammenhänge zwischen physischer und psychischer Gesundheit lassen erwarten, daß – in dynamischer Betrachtung – als Folge lang anhaltender oder wiederholter Arbeitslosigkeit auch das körperliche Wohlbefinden zumindest bei einem Teil der Arbeitslosen wesentlich beeinträchtigt wird.

Sicherlich ist nicht davon auszugehen, daß Arbeitslosigkeit in jedem Fall und zwangsläufig gesundheitliche Störungen zur Folge hat. Finanzielle und psychosoziale Belastungen während der Arbeitslosigkeit spielen eine wesentliche Rolle, sie sind aber im Einzelfall unterschiedlich.

So geben 30% der Arbeitslosen (nach 5 bis 6 Wochen) „sehr große finanzielle Schwierigkeiten“ an, bei 49% gibt es „finanzielle Schwierigkeiten, die sich aber in Grenzen halten“, 21% haben „kaum finanzielle Schwierigkeiten“. Auch ist die soziale Einbettung und die Unterstützung durch die unmittelbare soziale Umwelt offenbar zumindest teilweise unzureichend:

36% der Arbeitslosen haben nach eigenen Angaben Freunde oder Verwandte, die „bei finanziellen Schwierigkeiten helfen könnten“, $\frac{2}{3}$ von ihnen (24%) würden davon Gebrauch machen. 65% der Arbeitslosen haben Freunde oder Verwandte, zu denen sie gehen könnten, wenn sie „niedergeschlagen sind oder mit jemanden reden möchten“, $\frac{3}{4}$ von ihnen (49%) würden davon Gebrauch machen.

Ohne an dieser Stelle das volle Spektrum von den im einzelnen erhobenen psychosozialen Belastungen während der Arbeitslosigkeit ausbreiten und analysieren zu wollen, läßt sich doch so viel sagen, daß – wie schon in der 1975 durchgeführten Arbeitslosenbefragung des IAB³⁶⁾ – ein Teil von Arbeitslosen soziale Isolation und soziale Stigmatisierung erlebt. Dies trägt sicher mit dazu bei, daß als Folge von Arbeitslosigkeit auch Gesundheitsstörungen erwartet werden müssen. Öffentliche und private Unterstützung sind hier gleichermaßen erforderlich, um einer sozialen Ausgrenzung von Arbeitslosen entgegenzuwirken. Darüber hinaus ist ein großer und zunehmender Beratungsbedarf bei Arbeitslosen erkennbar, über den an anderer Stelle bereits ausführlich berichtet wurde.³⁷⁾

Schließlich kann nicht deutlich genug auf den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch aufgezeigten engen Zusammenhang von finanziellen Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hingewiesen werden. Einsparungen bei der sozialen Sicherung von Arbeitslosen können – ganz abgesehen von daraus resultierenden immateriellen Schäden für die Betroffenen – u. a. zu sozialen Folgekosten im Bereich des Gesundheitssystems führen. Dies läßt sich auch anhand weiterer Untersuchungen, die – wie eingangs erwähnt – mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation aufgearbeitet wurden,³⁸⁾ deutlich belegen.

³⁶⁾ Brinkmann 1976; Schober 1978.

³⁷⁾ Brinkmann, Schober 1982; Brinkmann 1982.

³⁸⁾ John, Schwefel, Zöllner 1983.

Literatur

- Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA), *Lfd. Jahrgänge*.
- Berkman, P., Measurement of Mental Health in a General Population Survey, in: Amer. J. Epidem. 94, 1971.
- Bradburn, N., The Structure of Psychological Well-Being, Chicago 1969.
- Brinkmann, Ch., Finanzielle und psychosoziale Belastungen während der Arbeitslosigkeit, in: MittAB 4/1976.
- Brinkmann, Ch., Strukturen und Determinanten der beruflichen Wiedereingliederung von Langfristarbeitslosen, in: MittAB 2/1978.
- Brinkmann, Ch., Vermittlungs- und Beratungsdienste aus der Sicht von Arbeitslosen, Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MatAB) 5/1982.
- Brinkmann, Ch., Verbleib und Vermittlungsprobleme von Arbeitslosen, MatAB 5/1983.
- Brinkmann, Ch., K. Schober, Zur beruflichen Wiedereingliederung von Arbeitslosen während der Rezession 1974/75, in: MittAB 2/1976.
- Brinkmann, Ch., K. Schober, Methoden und erste Ergebnisse aus der neuen Verlaufsuntersuchung des IAB bei Arbeitslosen, in: MittAB 4/1982.
- Büchtemann, Ch. F., Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit: Zum Zusammenhang von Gesundheits- und Arbeitsmarktrisiken, in: M. Schmidt u. a. (Hrsg.), Arbeit und Gesundheitsgefährdung, Frankfurt/M. 1982.
- Büchtemann, Ch. F., *Infratest Sozialforschung*, Die Bewältigung von Arbeitslosigkeit im zeitlichen Verlauf: Repräsentative Längsschnittuntersuchung bei Arbeitslosen und Beschäftigten 1978-1982, Band 85 der Reihe „Forschungsberichte“, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1983.
- Büchtemann, Ch., F., B. v. Rosenblatt, Arbeitslose 1978: Die Situation in der Arbeitslosigkeit, in: MittAB 1/1981.
- Bundesinstitut für Berufsbildungsforschung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.), Qualifikation und Berufsverlauf. Erste Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung bei Erwerbspersonen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1981.
- Cannel, C. F., A Summary of Studies of Interviewing Technology, Rockwell 1977.
- Fröhlich, D., Economic deprivation, work orientation and health, in: John, J., D. Schwefel, H. Zöllner, op. cit., 1983.
- Infratest Sozialforschung, Infratest Wirtschaftsforschung*, Dr. Werner Sörgel, Arbeitssuche, berufliche Mobilität, Vermittlung und Beratung, Band 5 der Reihe „Forschungsberichte“, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1978.
- John, H., D. Schwefel, H. Zöllner, (Eds.), Influence of Economic Instability on Health. Proceedings of a Symposium, Munich 9-11. Sept. 1981, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Series: Lecture Notes in Medical Informatics, Vol. 21, 1983.
- Karr, W., Zur Strukturalisierung der Arbeitslosigkeit. Umfang der Zielgruppen am Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung von Mehrfachbeeinträchtigungen und Doppelzählungen, in: MittAB 2/1979.
- Nunnally, J., Psychometric Theory, New York 1978.
- Potthoff, P., Materialien zur Studie „Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit“, GSF-Bericht München/Neuherberg 1982 a.
- Potthoff, P., Subjective Health Status Components in a General Population Survey, in: Medical Informatics Europe '82, Proceedings (ed.: R. R. O'Moore et al.), Berlin, Heidelberg, New York 1982 b.
- Projektgruppe Arbeitsmarktpolitik; C. Offe, (Hrsg.), Opfer des Arbeitsmarktes. Zur Theorie der strukturierten Arbeitslosigkeit, Neuwied, Darmstadt 1977.
- Quintessenzen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (*Quint-AB*) 1, 2. Nachtrag „Perspektiven 1980-2000“, Nürnberg 1982.
- Rosenblatt, B. v., Ch. Büchtemann, Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung, in: MittAB 4/1980.
- Schettkat, R., K. Semlinger, Der eigenständige Effekt gesundheitlicher Einschränkungen als Vermittlungshemmnis, in: MittAB 4/1982.
- Schober, K., Arbeitslose Jugendliche: Belastungen und Reaktionen der Betroffenen, in: MittAB 2/1978.
- Schwefel, D., Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein europäisches (Forschungs-)Problem, in: Sozialer Fortschritt, 32, H. 8, 1983.
- Siemiatycki, J., A Comparison of Mail, Telephone and Home Interview Strategies for Household Health Surveys, in: Amer. J. Publ. Health, 69, 1979.
- Sozialwissenschaftliche Arbeitsgruppe (WAL), Die soziale und psychische Lage der Arbeitslosen. Ansatzpunkte für Weiterbildung. Universität Göttingen 1978.
- Thomann, K.-D., Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, in: Wacker, A. (Hrsg.), Vom Schock zum Fatalismus? Soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, Frankfurt/M., New York 1978.
- Thomann, K.-D., The effects of unemployment on health and public awareness of this in the Federal Republic of Germany, in: John, J., Schwefel, D., Zöllner, H., op. cit., 1983.
- Zerssen, D. v., Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS München) Allgemeiner Teil, Weinheim, Beltz 1976.

Übersicht 1: Deutsche Arbeitslose vom November 1981, 25 Jahre oder älter, vor der Arbeitslosigkeit schon einmal erwerbstätig, 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit:
Gesundheitszustand (global) in den letzten 2 Wochen (GES) als abhängige Variable

Kontrastgruppenanalyse (AID 3)

R = Varianzreduktion

(in % der Gesamtvarianz)

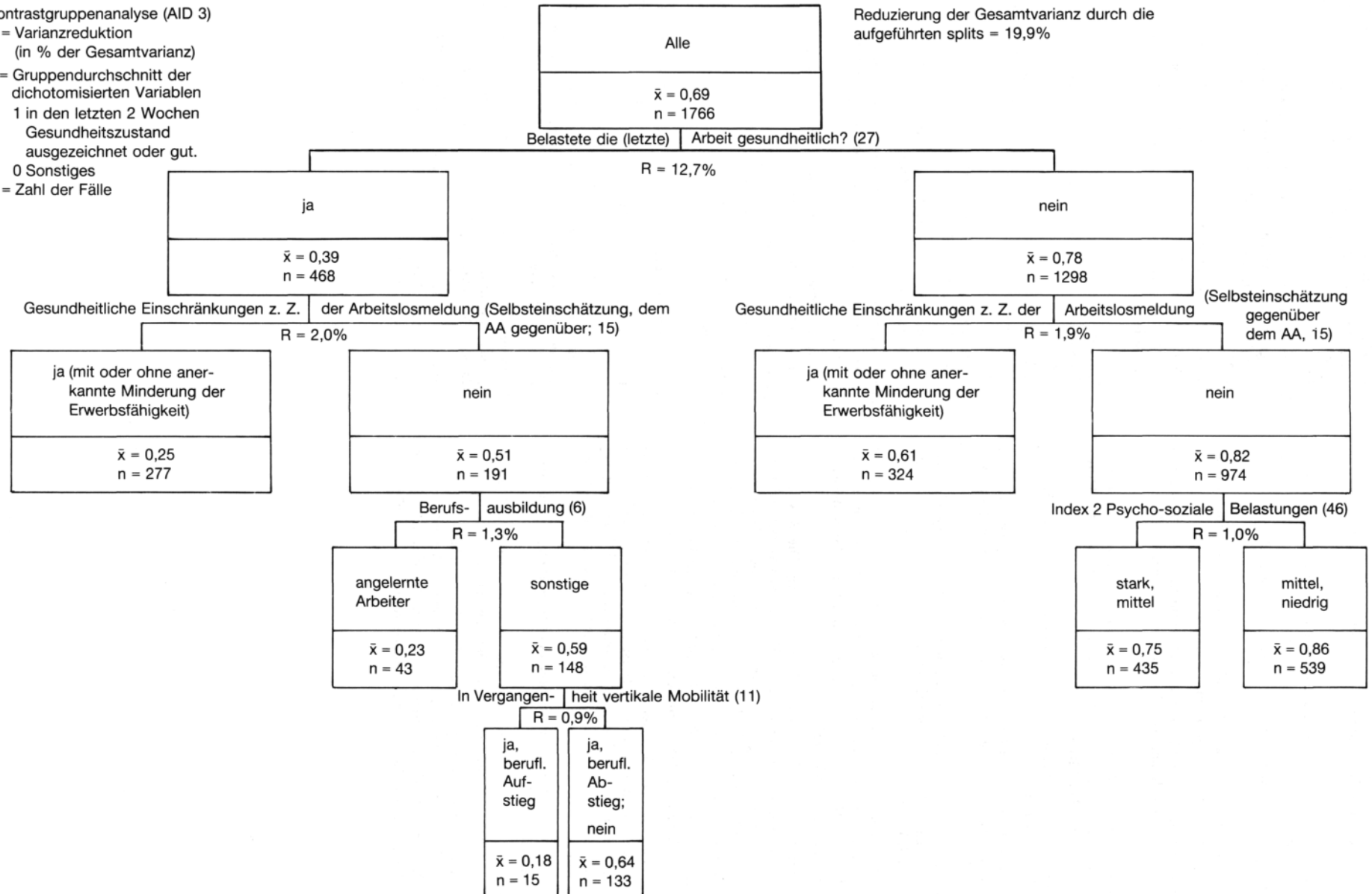
\bar{x} = Gruppendurchschnitt der
dichotomisierten Variablen

1 in den letzten 2 Wochen

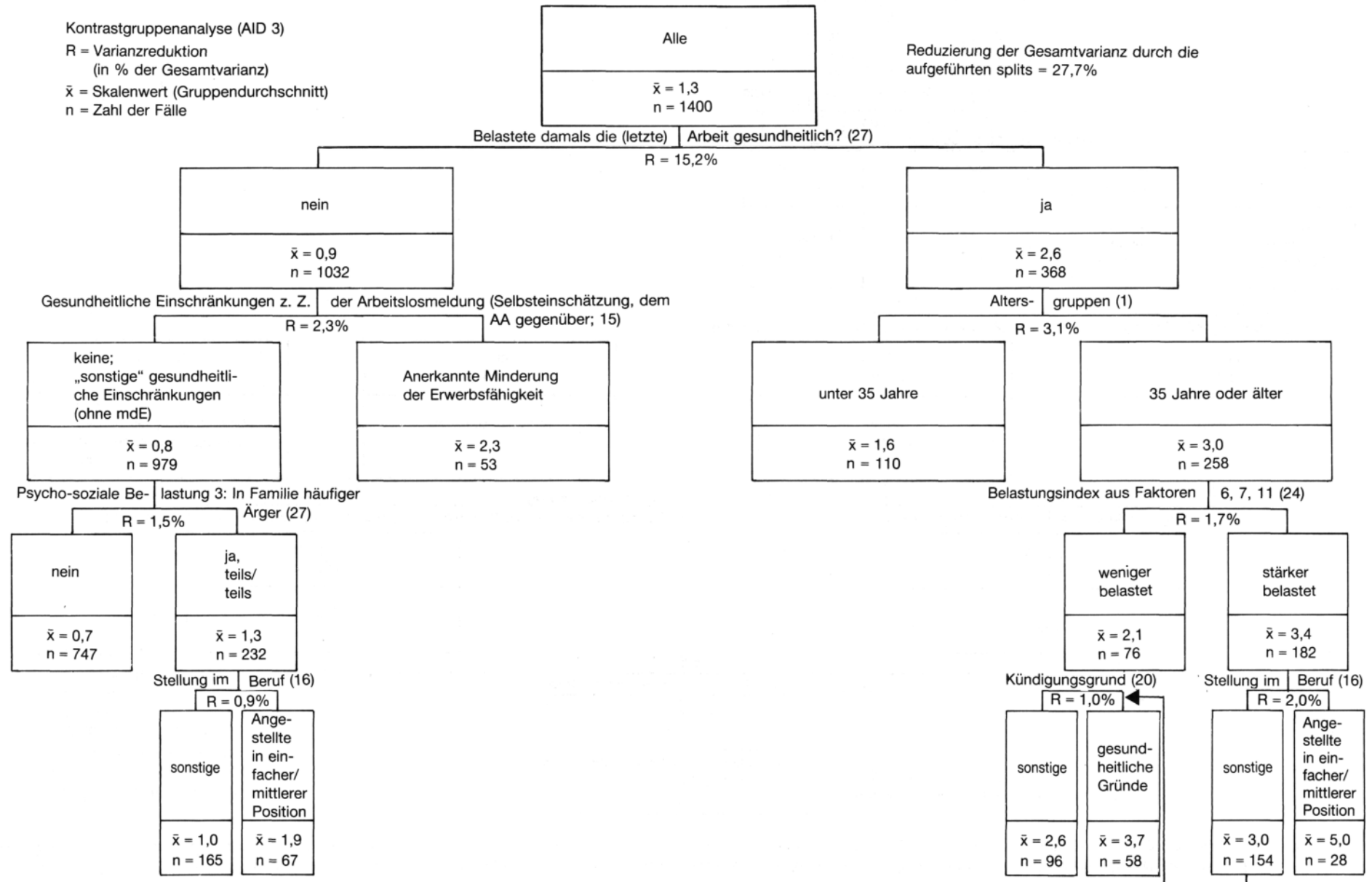
Gesundheitszustand
ausgezeichnet oder gut.

0 Sonstiges

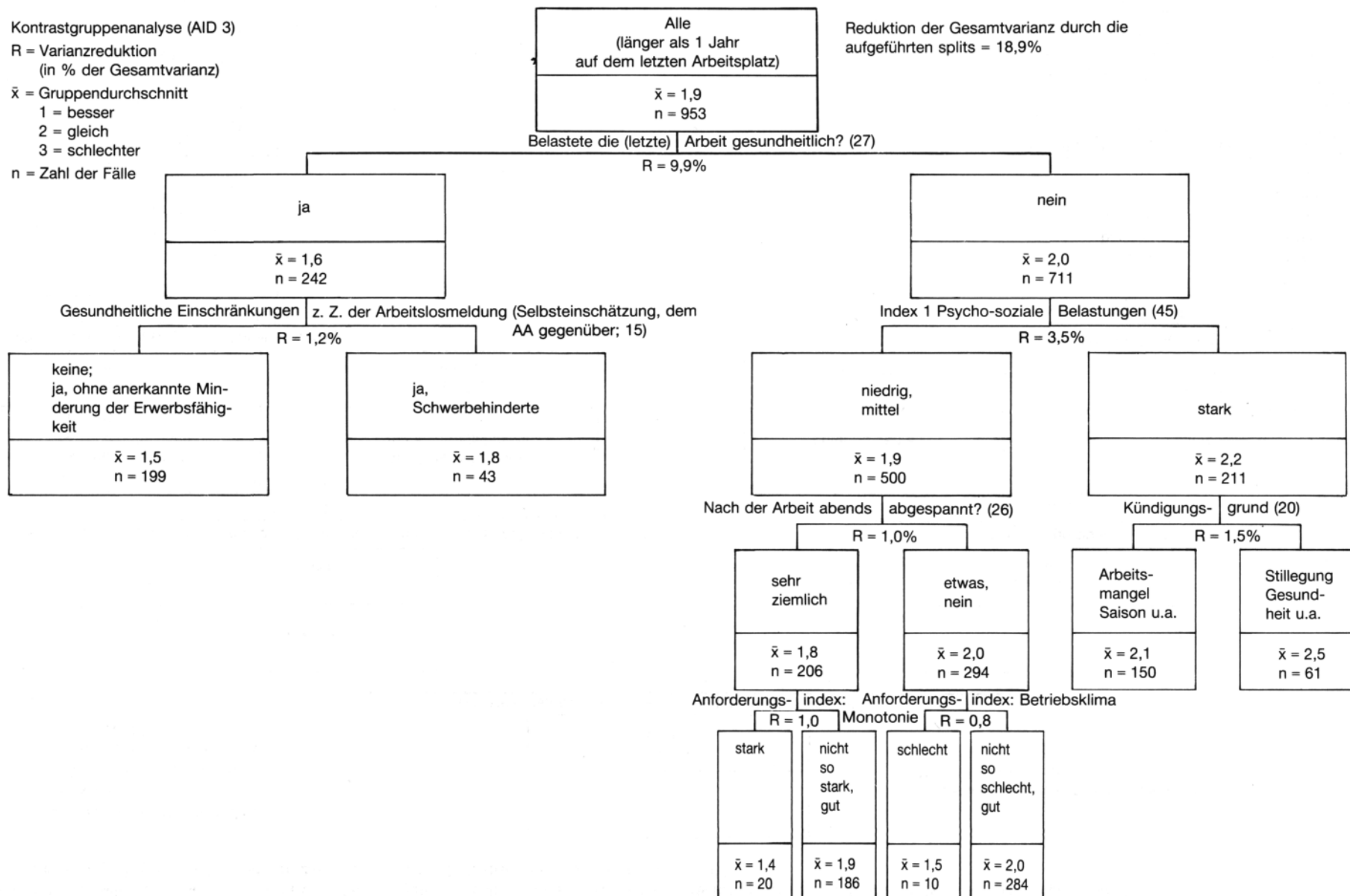
n = Zahl der Fälle



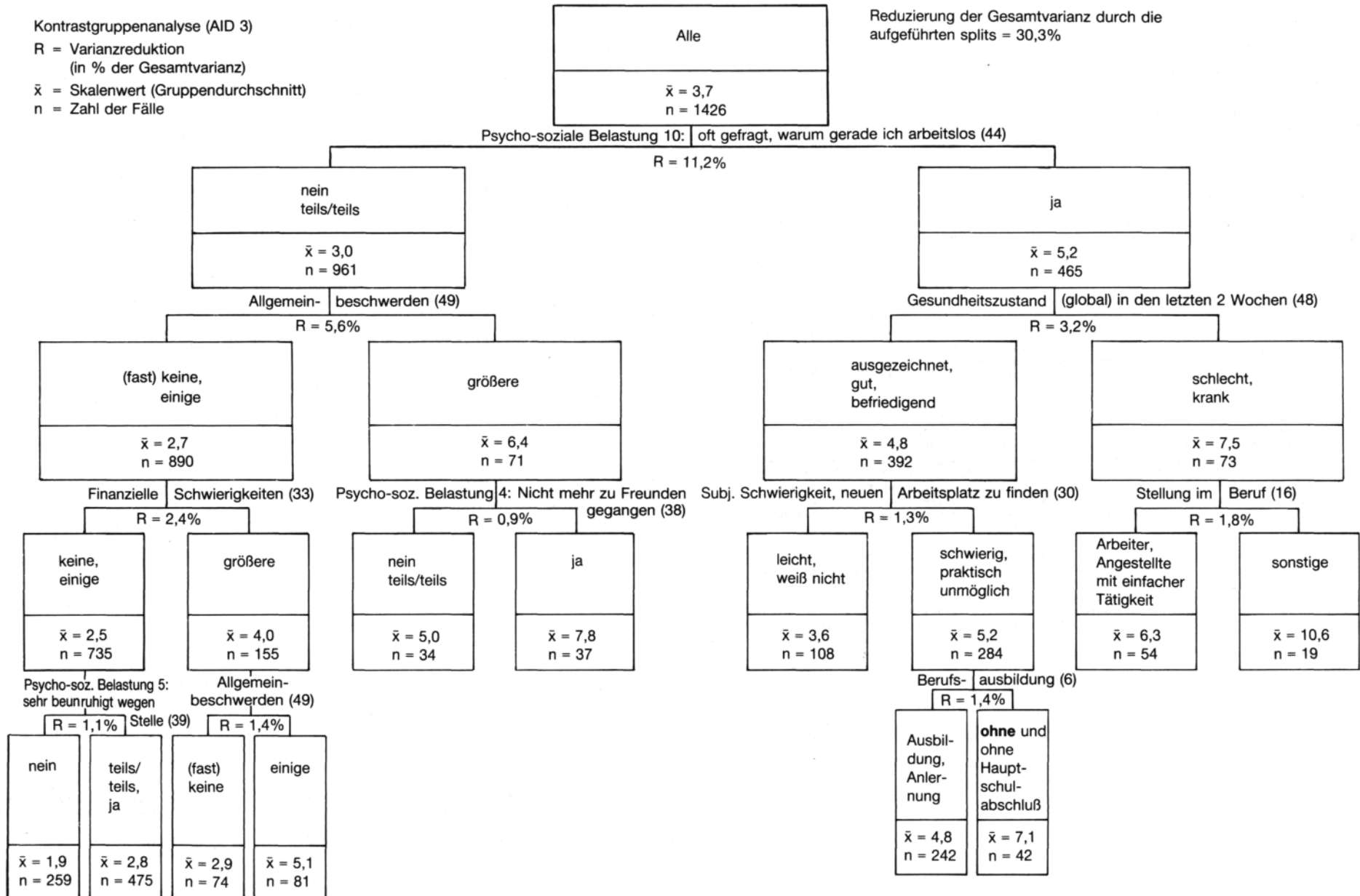
Übersicht 2: Deutsche Arbeitslose vom November 1981, 25 Jahre oder älter, *unmittelbar* vor der Arbeitslosigkeit erwerbstätig, 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit: „Allgemeinbeschwerden“ (Skala 0–8 auf der Basis von 8 items; MBL-Kurzform) als abhängige Variable



Übersicht 3: Deutsche Arbeitslose vom November 1981, 25 Jahre oder älter, vor der Arbeitslosigkeit mindestens 1 Jahr lang beim selben Arbeitgeber und dort auf demselben Arbeitsplatz beschäftigt, 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit: Antworten auf die Frage „Ganz allgemein: Fühlen Sie sich heute – ohne diese Tätigkeit – gesundheitlich besser, gleich oder schlechter?“



Übersicht 4: Deutsche Arbeitslose vom November 1981, 25 Jahre oder älter, unmittelbar vor der Arbeitslosigkeit erwerbstätig, 5–6 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit: „Psychische Balance“ (Skala 0–18 auf der Basis von 9 items; PBS) als abhängige Variable



Anhang

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

ICP/RPD 804(3)(S)
1280E
Seite 2

Arbeitsseminar über Gesundheitspolitik
bezüglich Arbeitslosigkeit auf Gemeindeebene

Leeds, 13. - 15. Dezember 1982

ICP/RPD 804(3)(S)
1280E
7. Januar 1983
ORIGINAL: ENGLISCH

KURZBERICHT

Einleitung

Die dritte Tagung im Rahmen der Untersuchung über den Einfluss der wirtschaftlichen Entwicklung auf die Gesundheit wurde in Zusammenarbeit mit dem Nuffield Centre for Health Services Studies abgehalten. Die Teilnehmer aus acht Ländern untersuchten, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und schlechter Gesundheit besteht, nahmen Berichte über eine Reihe von zur Zeit durchgeführten Forschungsvorhaben entgegen und erörterten deren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitspolitik.

Überblick über den gegenwärtigen Stand der Forschung

Untersuchungen über die Erfahrungen von einzelnen Arbeitslosen (d.h. auf der Ebene von Mikroanalysen) haben durchweg gezeigt, dass eine über einige Wochen hinaus andauernde Arbeitslosigkeit zu physiologischem Stress führt, der seinerseits Bluthochdruck sowie eine Erhöhung des Risikos einer Herzerkrankung mit sich bringt.

Ausser der schlechteren Gemütsverfassung - mit einhergehenden Veränderungen der chemischen Abläufe im Körper - bei Arbeitslosen, treten in stärkerem Mass Symptome von psychischen Störungen auf, was in einer Zunahme der Einweisungen in psychiatrische Kliniken in Zeiten grosser Arbeitslosigkeit und in einer überdurchschnittlich hohen Anzahl von Selbstmorden und Suizidversuchen seinen Niederschlag findet. Es scheint, dass das auf den finanziellen Druck und den Abbruch enger Beziehungen bei anhaltender Arbeitslosigkeit zurückzuführen ist.

Untersuchungen auf Landesebene und Querschnittstudien (d.h. auf der Ebene von Makroanalysen und auf der mittleren Ebene) haben den zusätzlichen Nachweis für einen übermässigen Anstieg der Morbidität und Mortalität bei Arbeitslosen erbracht. Andererseits ist es aufgrund solcher Studien wahrscheinlich, dass auch die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung durch erhöhten Arbeitsstress, schlechtere Arbeitsbedingungen und die Angst vor Arbeitslosigkeit beeinträchtigt wird. Überdies leiden vermutlich auch die nicht Erwerbstätigen, wie Kinder und ältere Menschen unter den Folgen der Arbeitslosigkeit für die Familie und unter der schlechteren sozialen Versorgung und Sicherheit. Es wurde nachgewiesen, dass es in Zeiten der Rezession und wirtschaftlichen Unsicherheit eine allgemein stärkere Tendenz gibt, um Hilfe nachzusuchen, und zwar nicht nur im Bereich des Gesundheitswesens.

Aus diesem Grund haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt, dass eine hohe Arbeitslosenquote und eine Verschlechterung des Wirtschaftsklimas nicht nur bei den Arbeitslosen, sondern auch bei deren Familienangehörigen und in der Bevölkerung im allgemeinen zu einer beträchtlichen Zunahme von psychischen Störungen führen und sich ebenfalls nachteilig auf das körperliche Befinden auswirken.

Es sind weitere epidemiologische, Querschnitts- und Longitudinalstudien sowie Erhebungen auf Gemeindeebene notwendig, um deutlich zu machen, unter welchen Gegebenheiten wirtschaftliche Veränderungen die beobachteten Auswirkungen haben, vor allem was die relative Bedeutung von Einkommensverlusten, Armut und die psychische Belastung durch Arbeitslosigkeit anbelangt. Der Schwerpunkt der Forschung sollte, durch eine Koppelung von sozialökonomischen, demographischen und gesundheitsbezogenen Informationen, auf die am meisten krisenanfälligen sozialen Gruppen und Bevölkerungssteile gelegt werden.

Politische Auswirkungen der Untersuchungsergebnisse

Wirtschaftspolitik: Wirtschaftspolitische Entscheidungen können eine stärkere soziale Gewichtigkeit erhalten, wenn die Sozialkosten, wie beispielsweise die durch Arbeitslosigkeit und ökonomische Instabilität nachteilig beeinträchtigte Arbeitskapazität und die Folgekosten im Gesundheits- und Sozialbereich, voll und ganz berücksichtigt werden. Gleichzeitig muss unterstrichen werden, dass nicht jede Art der Beschäftigung der Arbeitslosigkeit vorzuziehen ist: Arbeit bringt auch Gefahren und Sozialkosten mit sich, besonders wenn die Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften sowie die Umweltschutzbestimmungen im Namen der Arbeitsförderung gelockert werden.

Beschäftigungspolitik: Insoweit als der Schaffung neuer Arbeitsplätze zahlenmässig Grenzen gesetzt sind, sollte man lieber die vorhandenen Arbeitsmöglichkeiten aufteilen als den bereits Erwerbstätigen mit grösserem Stress verbundene Mehrarbeit aufzubürden. Ausserdem können sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten im Sozialbereich zum vorübergehenden Einsatz der vorhandenen Überkapazitäten geschaffen werden. Eine Beschäftigung der Arbeitskräfte unterhalb deren Qualifikationen oder sonstige Formen der Unterbeschäftigung sind keine brauchbare Lösung.

Sozialpolitik: Gesundheitsschädigungen infolge von Arbeitslosigkeit können durch eine Verminderung der Armut unter den Arbeitslosen und unter anderen Bevölkerungsgruppen, die unter der Verschlechterung der Wirtschaftslage leiden, eingedämmt werden sowie durch die Sicherstellung, dass das Netz der sozialen Sicherheit nicht durch staatliche Massnahmen gefährdet wird. Es besteht die zweifache - gelegentlich im Widerspruch stehende - Notwendigkeit, einerseits, besonders bei Kindern, zu betonen, dass die Tatsache, eine Arbeit zu haben, das Selbstwertgefühl hebt und andererseits unter den Arbeitslosen Schuldgefühle wegen des Arbeitsplatzverlustes abzubauen. Die zuständigen Beratungsstellen für Arbeitslose in einer Reihe von Ländern brauchen in Zeiten der rückläufigen Konjunktur zusätzliche Kapazitäten, um der steigenden Anzahl von Ratsuchenden, die sich mit finanziellen Problemen an sie wenden, zu helfen.

Gesundheitspolitik: Es kann eingeplant werden, dass die Gesundheitsdienste den infolge der Rezession gestiegenen Bedarf an Gesundheitsversorgungsleistungen befriedigen. Eine gezieltere Ermittlung der Art und des Umfangs der aufgrund einer Wirtschaftskrise auf das Gesundheitswesen zukommenden Belastungen kann zu einer grösseren Relevanz und Kostenwirksamkeit dieser Dienste beitragen. Der Tätigkeit nichtstaatlicher Stellen, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen, Gewerkschaften und Kirchenverbände, kann eine sowohl gesundheitspolitisch als auch sozialpolitisch konstruktive Rolle zukommen.

Empfehlungen

1. Die Regierungen sollten den vorstehend aufgeführten politischen Begleiterscheinungen der Arbeitslosigkeit und wirtschaftlicher Instabilität generell Rechnung tragen.
2. Die Regierungen sollten Untersuchungen über die kausalen Zusammenhänge zwischen wirtschaftlicher Instabilität und der Gesundheit fördern und Informationen über die Gesundheit der sozial am meisten anfälligen Gruppen in ihrem Land sammeln.
3. Die WGO sollte über das Institut für medizinische Informatik und Systemforschung in München weiterhin als Austauschstelle für Schriftgut, sowohl für unveröffentlichte und nicht übersetzte Werke als auch für Veröffentlichungen über laufende Forschungsvorhaben fungieren.
4. Die WGO sollte in Zusammenarbeit mit einem der an der Studie beteiligten Zentren ein viertes Arbeitsseminar organisieren, wobei das Schwerpunktthema die Gesundheit derjenigen sozialen Gruppen, die besonders anfällig für wirtschaftliche Rezession und Instabilität sind, sein sollte.